

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1944

344

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

IBRAHIM HAFED

NÉ LE 14 MAI 1916 A AKOUDA (Tunisie)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 JUIN 1944

Contribution à l'étude des
KYSTES de la PROSTATE

Président : M. BROCOQ, *Professeur.*

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1944

N^o

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

IBRAHIM HAFED

NÉ LE 14 MAI 1916 A AKOUDA (*Tunisie*)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUÈMENT LE 8 JUIN 1944

Contribution à l'étude des KYSTES de la PROSTATE

Président : M. BROCCQ, *Professeur.*

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BALTHAZARD, BAR, BASSET, BEZANÇON, BRINDEAU, CARNOT, CHIRAY, CLAUDE, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN, HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LENORMANT, MARION, MULON, OMBRÉDANNE, ROUSSY, SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON.

DOYEN BAUDOUIN

ASSESEUR Léon BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie pathologique	LEROUX
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Clinique de cardiologie	DONZELOT
Cliniques chirurgicales	BROCQ
	CADENAT
	MONDOR
	QUÉNU
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.)
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Cliniques médicales	CHABROL
	H. BÉNARD
	HARVIER
Clinique médicale propédeutique	LIAN
	P. VALLÉRY-RADOT
	VINCENT (Cl.)
Clinique de Neuro-chirurgie	LANTUÉJOUL
	LÉVY-SOLAL
	PORTES
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAÎTRE

	MM.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.)
Clinique urologique	FEY
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	ALAJOUANINE
Histologie	CHAMPY
Puériculture	LELONG
Problèmes alimentaires	RICHET (A.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN BESANÇON (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA
Hygiène et médecine préventive	JOANNON
Médecine légale et Médecine du Travail	DUVOIR
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.)
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie expérimentale et comparée	N.
Pathologie médicale	MOREAU
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD
Physiologie	BINET (Léon)
Physique médicale	STROHL
Technique chirurgicale	MOULONGUET
Thérapeutique	SUY LAROCHE
Stomacologie	DECHAUME
Biologie médicale	VERNE
Embryologie	GIROUD
Radiologie chimique	DESGREZ

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie),
 JAYLE M. (Chimie médicale), OLIVIER (Anatomie), RICHET (Physiologie),
 VERNE (Histologie), HALPHEN (O. R. L.), BRULÉ, M^{lle} LÉVY-PIÉDELIEVRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER	Chirurgie générale	AMELINE
	N...		FÈVRE
	DELARUE		FUNK-BRENTAND
Anatomie patholo- gique	M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS		MÉNÉGAUX
			PATEL
Bactériologie	BONNET		SICARD
			N...
Chimie médicale	ETTORI		N...
			N...

	MM.		MM.
Histologie	BULLIARD	Médecine légale ...	DESOILLE
Hydrologie	N...		DIGONNET
Hygiène	N...	Obstétrique	LACOMME
	BARIÉTY		SUREAU
	BERNARD (Et.)		N...
	BOULIN	Ophthalmologie	RENARD
	BROUET	Oto-rhino-laryngo-	
	CACHERA	logie	HALPHEN
	COSTE	Parasitologie	LAVIER
	DELAY	Parasitologie colo-	
	GARCIN	niale	N...
Médecine générale	DE GENNES	Pathol. expériment.	LEMAIRE
	HEGUENAU		(Mlle J. LÉVY
	LELONG	Pharmacologie	
	LENÈGRE		(N...
	MARCHAL	Physiologie	(N...
	MOLLARET	Physique médicale .	DESGREZ (H.)
	MOUQUIN	Thérapeutique	TURPIN
	SOULIÉ	Urologie	COUVELAIRE

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS

RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (Chirurgie générale), HUGUENIN (Anatomie pathologique),
LE LORIER (Obstétrique), PIÉDELIÈVRE (Médecine mégale), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Clinique chirurgi-	{	GATELLIER	{	N.
cale		DE GAUDART		CHEVALLIER
		D'ALLAINES		N.
Clinique obstétricale		ECALLE		N.
Clinique oto-rhino-				
laryngologique ..		N...		

V. — CHARGÉS DE COURS

Puériculture	N...	Stomatologie	N...
Radiologie	LEDoux-LEBARD		
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL		
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD		
Bibliothécaire en Chef	A. HAHN		
Bibliothécaires	Mlles DUMAÎTRE, GOICHON, LAURENT.		

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*dont la haute conscience et le vrai savoir
me laissent un exemple dont je m'efforcerai
de me rendre digne.*

A MA MÈRE

en témoignage de mon profond amour.

A MON FRÈRE

*en reconnaissance de tous les sacrifices
qu'il s'est imposés pour me faciliter mes
études.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

en témoignage de ma grande affection.

A MA FEMME ET A MON FILS RAJAH

*qui sont pour moi une raison de vivre,
de persévérer et d'espérer !*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCO

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury
de thèse. Hommage très respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. GOUVERNEUR

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL NECKER

Qu'il veuille bien accepter notre reconnaissance pour le travail qu'il nous a inspiré et pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

ASSISTANT DE CHIRURGIE DE L'HÔPITAL NECKER

Que nous remercions de la bienveillance dont il a bien voulu nous entourer et pour les conseils éclairés et l'enseignement profitable qu'il a bien voulu nous donner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. GIARD

ASSISTANT DE CONSULTATION A L'HÔPITAL NECKER

Dont le grand savoir et la modestie sont un bel exemple dont nous essaierons de nous inspirer.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL FRANCO-MUSULMAN

ET DE LA FACULTÉ

A MON COUSIN LE DOCTEUR SOMIA
Exemple du praticien actif et intelligent.

A MES AMIS : BOURAOÛ EL AICHI

ABDERHMANE EL GARBI

MOHAMED EL MILI

DIOURI ET ABDEL HAMID ZAGHMI

A MES CAMARADES DU COMITÉ
DE L'ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS NORD-AFRICAINS

Avant-garde de notre évolution
et sauvegarde de notre pays !

Contribution à l'étude des Kystes de la Prostate

Les kystes de la prostate sont rares. Fait étrange semblerait-il de prime-abord, étant donné que théoriquement cette glande est constituée par la réunion d'acini ramifiées et offrirait une prédisposition idéale pour la formation de kystes par rétention. Ces acini s'évacuant dans l'urethre postérieur par des canaux, l'obstruction de l'un d'eux causerait éventuellement la formation d'un kyste. En un mot, étant donnée la structure intime de la prostate, les tumeurs kystiques devraient être plus communes. Pourquoi sont-elles donc si rares au point qu'on ne trouve qu'une quarantaine de cas tout au plus de kystes prostatiques vrais dans toute la littérature ? En toute franchise, on ne saurait répondre scientifiquement à cette question dans l'état actuel de nos connaissances. Aucune hypothèse, si ingénieuse qu'elle soit, ne saurait être suffisamment étayée par une argumentation irréfutable fondée sur des faits indiscutables par suite de la pauvreté même de ces faits.

Mais ces formations sont-elles aussi rares que semblerait l'indiquer une littérature bien pauvre, et ce même en comptant les trouvailles d'autopsie ; ou bien sont-elles relativement fréquentes, la majorité d'entre elles n'atteignant pas une dimension suffisante ou une situation, pourrait-on dire « statégique » nécessaire pour produire un syndrome urinaire caractéristique, et peuvent ainsi passer inaperçues ? Nous n'avons nullement l'intention d'éclairer cette question complexe, d'un jour nouveau ; mais nous voulons simplement par ce modeste travail, inspiré par notre Maître le Docteur GOUVERNEUR, ajouter deux cas bien authentiques observés et traités par lui, et faire à cette occasion une mise au point historique et clinique de cette affection qui serait peut-être appelée un jour à occuper une place plus importante dans la pathologie de la prostate.

Les observations, malheureusement, sont tellement peu nombreuses, et certaines d'entre elles, si incomplètes, qu'il ne nous est pas possible, à l'heure actuelle, d'en faire une étude clinique rationnelle. De plus, nous avons été obligés de limiter nos recherches bibliographiques à partir de 1939, au nombre bien restreint de périodiques étrangers dont nous avons pu disposer, eu égard aux circonstances difficiles que nous traversons et qui ont réduit considérablement les échanges intellectuels.

Nous espérons qu'il s'en est publié d'autres cas depuis cette date et qu'ils seront bientôt ajoutés à la littérature encore si pauvre de cette affection.

Il va sans dire, que dans notre travail, nous laisserons de côté

les kystes parasitaires échinococciques ou bilharziaziques qui sont d'ailleurs discutés et très rares, pour nous attacher à l'étude des kystes glandulaires de la prostate, congénitaux et acquis. Nous ne nous occuperons pas non plus de ces petites formations kystiques qui ont été signalées parfois en association avec l'adénome ou le cancer.

OBSERVATION I

L..., âgé de quarante-sept ans.

Il s'agit d'un malade qui présente une rétention aigüe d'urine en mars 1942, et qui avait souffert de pollahirrie avant cet incident. Il fut hospitalisé d'abord à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, où une cystostomie lui a été faite, et où la tumeur prostatique qu'il présentait fut jugée comme étant un néoplasme inextirpable. C'est neuf mois après cette intervention, que le malade est vu pour la première fois à l'Hôpital Necker, où il vient consulter pour une poussée de cystite importante. Hospitalisé à la salle Velpeau du service d'urologie, il est examiné de façon complète et on est frappé par la consistance élastique de la tumeur prostatique. Cette tumeur est très volumineuse ; le T. R. révèle en effet : une tumeur prostatique, qui retrouve le palper hypogastrique : tumeur globuleuse dont le bord inférieur est net, et dont le bord supérieur ne peut être atteint par le doigt rectal ; et le bi-palper permet de se rendre compte qu'il s'agit d'une tuméfaction probablement liquide dont le volume est au moins celui d'une grosse orange. Le diagnostic porté à ce moment fut celui de sarcome probable de la prostate, mais frappé par le caractère fluctuant de cette tumeur, on s'obstine à en préciser la nature exacte et on parvient après avoir enlevé la sonde de cystostomie, à ponctionner la tumeur avec une longue aiguille par voie transvésicale, la ponction donne issue à un liquide abondant, hémétique, noirâtre, dont l'examen cyto-bactériologique révèle l'existence d'hématies plus ou moins altérés, l'absence de tout germe et de toute cellule néoplasiques. On arrive ainsi à la conviction qu'il s'agit non plus d'un néoplasme inopérable, comme a été étiquetée jusque-là la tumeur ; mais d'une formation kystique de nature bénigne ; par ailleurs le malade était en excellent état de santé, en dehors des poussées de cystite. Des examens complémentaires furent exécutés et donnèrent : zotémie 0, 18

1° S. P. 65 %

K — 0, 073

La rectoscopie n'a pu être pratiquée avec résultats, la tumeur étant trop considérable et faisant une forte saillie dans l'ampoule.

On décide d'intervenir et l'opération a lieu le 17 novembre 1942, pratiquée par M. Gouverneur : rachianesthésie. Incision des lèvres

de la cystostomie antérieure qu'on agrandit, et extériorisation partielle de la vessie. La base de la vessie est bien exposée, la région du col est normale, et l'on n'a pas l'aspect habituel qu'on trouve dans le cas d'adénomes. Un doigt placé dans le rectum se rend compte qu'il existe une tumeur occupant la partie droite de la prostate, rénitente, de la taille d'une orange, elle ne soulève pas le trigone, on place une sonde dans chaque orifice urétéral. Incision de la base de la vessie du côté droit, depuis le col vésical jusqu'à 3 centimètres en dehors, en passant à un centimètre en avant de l'orifice urétéral droit. Ouverture d'un kyste à contenu hématique formé de sang, couleur chocolat. La paroi kystique est blanc-bleuté, souple, prélévement d'un fragment.

Il est impossible d'enlever la poche kystique, car il n'y a aucun plan de clivage. On la brûle au crayon de nitrate d'argent. Incision périnéale droite, pour introduire un drain et une mèche. Suture de la base de la vessie pour fermer la paroi supérieure de la loge kystique. Tube de Marion. Suture de la vessie en deux plans et suture de la paroi.

Le 25 novembre 1942, l'examen histologique de la paroi de la formation kystique de la prostate montre que :

La paroi de ce kyste est constituée par du parenchyme prostatique musculo-fibreux avec quelques altérations dégénératives des fibres lisses. Le revêtement interne est du type cylindro-cubique, unistratifié habituel ; on trouve à son voisinage immédiat un certain nombre d'accini dont les éléments sont fréquemment altérés par des réactions congestives ou inflammatoires secondaires. Tous ces éléments glandulaires d'ailleurs paraissent en partie différenciés et non sécrétants. Il semble qu'il s'agisse d'une malformation bénigne avec régression de ces éléments et légère réaction inflammatoire secondaire.

L'intervention est bien supportée ; ablation de la mèche le 5^e jour ; on place une sonde de Pezzer le 10^e jour, et on met le malade en fermeture le 25^e jour de l'intervention. Cette fermeture ne se fait pas bien, le malade commence à faire des poussées thermiques qui semblent être des poussées de pyélonéphrite. Au bout d'un mois, la fermeture est néanmoins obtenue, mais la région prostatique est difficile à cauthériser, les sondes passent mal et le malade souffre au sondage.

Après un séjour de deux mois dans le service d'urologie de l'Hôpital Necker, la cystoscopie pratiquée le 28 décembre 1942 a montré :

Une muqueuse vésicale uniformément rouge recouverte d'exsudats fibrineux, un versant droit de col déformé par l'œdème, le versant inférieur peu saillant, le lobe droit faisant saillie dans la cavité prostatique et recouvert de fibrine. La région sus-montanale normale, il s'agissait par conséquent, d'une importante cystite.

Pendant tout son séjour, le malade a présenté une suppuration périnéale par l'incision faite au cours de l'intervention.

Le 12 février 1943, on décide d'intervenir par voie périnéale. Incision du périnée, et décollement uretro-prostatique. On tombe sur un tissu fongueux, ferme, paraissant suppuré et qui est le reste du lobe gauche. On l'incise. A droite, les lésions sont moins marquées. Excision. La région après l'opération paraît nette : on met un drain et on suture.

Le 20 mars 1943, on fait un examen d'un fragment prostatique qui montre :

Lésions assez accusées de prostatite aigüe, subaigüe, parfois suppurées.

Présence à proximité du sphincter d'un foyer hémossidérosique. Pas de signes de dégénérescence.

Malgré cette intervention qui a paru satisfaisante, la fistule périnéale ne tarit pas et, pour éviter au malade les inconvénients d'une fistule périnéale, on rétablit, le 20 avril 1943, la cystostomie qui s'était refermée. Les suites opératoires sont apyrétiques et normales. La fistule périnéale ne donne plus, la suppuration se tarit, mais le catheterisme de l'urètre reste toujours difficile et l'on a l'impression qu'il s'est produit des calcifications de la loge prostatique... une exploration faite le 18 juin 1943 fait constater que l'on bute dans la loge prostatique, sur un corps étranger qui semble être un calcul.

Une radiographie, faite à ce moment, sans préparation, ne montre aucune ombre anormale au niveau de la région hypogastrique.

Une cystographie révèle l'existence de multiples clapiers de la région prostatique, et l'on pense qu'il s'agit d'une calcification de la loge prostatique et non pas d'une formation calculeuse, le malade demande à rentrer chez lui et quitte le service le 28 juin 1943.

Mais il revient en septembre 1943, en pleine poussée fébrile, avec une pyélonéphrite importante. Tous les symptômes cèdent rapidement à un traitement médical.

L'examen fait à ce moment montre : au T. R. une induration diffuse de la région prostatique, et l'exploration instrumentale donne toujours la sensation d'une calcification de la traversée prostatique, le malade est toujours porteur d'une cystostomie. La cystographie faite à cette période montre un reflux vésico-urétral gauche, avec dilatation urétrale droite ou le reflux est moins marqué mais existe également ; toutes les vacités pyélo-rénales sont pacifiées et modérément dilatées. Le trajet fistuleux est nettement visible. La vessie est de petite capacité et refoulée vers la gauche.

Les poussées thermiques présentées par le malade ont été, à juste titre, interprétées comme consécutives à la pyélo-néphrite et un traitement dans ce sens fut institué dont le malade en tira une amélioration certaine. La fistule périnéale, par ailleurs, s'était à peu près complètement tarie.

Devant cette situation équivoque, on décide de réintervenir pour se rendre compte de l'état de la cavité prostatique : on repasse par l'orifice de cystostomie, et on trouve une cavité vésicale bilobée, sa partie haute est étroite et sa partie basse descend très bas dans le périnée occupant la place de la cavité prostatique, dans ce bas-fond vasical se trouve un volumineux calcul, dont l'ablation est faite, par voie haute, calcul phosphatique fribiale, on laisse en place un drain de Marion et tout est pour le mieux. Mais cet acte opératoire, relativement simple, est suivi d'accidents pyrétiques et urémiques (Azotémie à 2, 33) qui emportèrent le malade en dix jours.

L'autopsie a permis de constater :

1^o une importante dilatation pyélo-rénale des deux côtés ;

2^o une vessie volumineuse descendant très bas dans le périnée ;

3^o une région prostatique pratiquement inexistante, la région du kyste étant complètement aplatie, sans aucune trace de récidives, ni de présence d'autre formation kystique.

En résumé, le kyste prostatique volumineux que présentait ce malade, a guéri anatomiquement, mais la fausse interprétation des signes dus au fait que la vessie avait remplacé la cavité prostatique a égaré le diagnostic et a permis à une pyélonéphrite bilatérale de s'établir et d'évoluer de telle façon que le malade n'a pas pu supporter la tardive ablation du volumineux calcul qui s'était produit.

Cette observation est riche d'enseignements et nous servira beaucoup pour essayer d'éclairer les différents problèmes d'ordre clinique, pathogénique, anatomo-pathologiques et thérapeutique que pose la question des kystes glandulaires de la prostate.

Voici maintenant une deuxième observation, dont le récit est moins mouvementé, mais dont l'intérêt n'en est pas moins appréciable. Nous la devons aussi à notre Maître, M. GOUVERNEUR.

OBSERVATION II

M. F..., cinquante-sept ans.

Vient consulter le 21 juin 1942 pour troubles de la miction et pollakiurie.

Le début des accidents remonte à six mois, peu à peu se sont installés : pollakiurie diurne et nocturne et gêne de la miction, obligé d'attendre et dysurie. Jamais de rétention d'urine ni d'hématurie.

Examen : malade en bon état général, n'a pas maigri ; urines légèrement louches, sondage facile. Résidu de 100 cc.

T. R. Prostate très augmentée de volume (mandarine), ferme, présentant une saillie unique, plus développée à droite qu'à gauche. Consistance élastique, légèrement tendue, partout la même sans zone dure. La tumeur se perçoit par le palper bimanuel. Il n'y a

plus de sillon médian, et les limites de la tumeur sont nettes, sans aucun prolongement dans les parties latérales et hautes, vers les vésicules, il n'y a pas de cornes prostatiques. Les fosses iliaques sont libres et souples. Pas de ganglions inguinaux.

Azotémie = 0,34,

temps de saignement : 4' ,

temps de coagulation : 10'.

Opération le 28 juin.

A. R. Scurocaïne,

1^o ligature des deux canaux déférents ;

2^o large cystostomie qui expose parfaite toute la base de la vessie : col vasical un peu déformé et déjeté à gauche, en arrière et à droite, légère voussure sur laquelle la muqueuse vésicale a un aspect bleuté. Un doigt placé dans le rectum et un autre sur la saillie se rend compte qu'il s'agit d'une saillie kystique, rénitente, développée aux dépens du lobe droit de la prostate.

Au bistouri électrique, on fait une incision, radiaire et transversale partant du col et se portant en dehors, en avant de l'orifice urétéral droit qui est visible. On trouve une cavité contenant un liquide trouble jaunâtre, un peu rosé ; après avoir asséché, on se rend compte qu'il y a une cavité de la taille d'une petite mandarine, à parois irrégulières, on essaie d'enlever la poche qui limite cette cavité, la chose est possible en haut, mais vers le bas, la paroi se déchire et on craint de blesser le rectum. On place un fragment de nitrate d'argent dont on touche vigoureusement les parois de la cavité, et on résèque un lambeau de la paroi vésicale qui forme couvercle pour ouvrir largement la cavité du kyste dans le bassin. Mèche de gaze iodoformée dans le loge. Drain de Marion. Suture partielle de la vessie.

Suites opératoires : sont celles de la prostatectomie, sauf que la fermeture de la paroi qui s'était passée normalement, a été arrêtée par une reprise d'accidents infectieux : température à 39° 5, douleurs et urines troubles ; puis, tout est rentré dans l'ordre.

Le malade part guéri le 28 juillet.

Revu en mars 1944 : bon état général.

Urines à peine louches ; pas de résidu vésical.

T. R. : Région d'aspect cicatriciel surtout à droite, pas d'induration en dessous de la région prostatique ni vers le haut.

Examen histologique de fragment de la paroi enlevée :

Paroi formée par un tissu conjonctif dense avec des cellules rondes et des cellules fusiformes ; en un point on trouve quelques cellules épithéliales cubiques aplaties avec une profonde infiltration leucocytaire et ébauche de fonde purulente.

Aucun signe de dégénérescence de la paroi dans les zones examinées.

HISTORIQUE ET OBSERVATIONS CLINIQUES

La première description du kyste de la prostate est attribuée par WESSON à MORGANI ; elle remonte à 1769, et voici en quels termes, d'après l'auteur Auricani, s'exprimait le texte original : « En 1742, lorsque je commençais les démonstrations publiques d'anatomie, j'utilisais à ces fins le cadavre d'un vieillard sur les antécédents pathologiques duquel je n'avais que peu de renseignements. C'est pourquoi il m'a semblé intéressant de vous dire succinctement ce que l'examen m'a révélé. Je constatai d'abord chez lui la présence de reins plus allongés qu'ils ne le sont naturellement, une épaisseur importante de la vessie.

« Enfin, la glande prostatique, là où elle occupe la partie antérieure de l'urèthre, avait une cavité incluse dans sa propre substance de la dimension d'un raisin de taille moyenne, ses parois ayant la même couleur que le reste de la glande, semblaient être recouvertes d'une espèce de membrane mince, comme si cette formation était le follicule de la tumeur mais rien ne se trouvait à l'intérieur de ces parois. »

Cette petite note est intéressante, mais elle n'attira pas l'attention et passa inaperçue jusqu'en 1857, où la thèse de BERAUD, sur une observation de DOLBEAU fit connaître l'existence des kystes de la prostate.

En 1861, THOMSON, dans son *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, prétend que « les kystes de la prostate sont très fréquents à l'âge où l'organe éjaculateur devient impuissant sans que l'activité fonctionnelle de la glande soit épuisée » et il cite l'observation suivante :

« Enfant de neuf ans présentant de la rétention. Impossibilité de le sonder. Ponction faite dans le rectum donne issue non pas à des urines, mais à un liquide kystique et le malade fut guéri ».

Ces quelques lignes de compte rendu ne sont pas suffisantes et l'on ne peut pas affirmer qu'il s'était agi d'un kyste prostatique.

En 1873, parut le travail d'Englishen sur les kystes de la paroi postérieure de la vessie chez les hommes. Cet auteur examina à cet égard 70 cadavres, et chez trois d'entre eux il trouva une altération kystique de l'utricule prostatique. L'augmentation de volume ne s'était pas toujours développée seulement en direction de l'urèthre, mais aussi parfois vers la prostate et le plancher de la vessie sous forme d'une tumeur élastique.

En 1878, Planty-Mauxion, dans sa thèse où il s'intéresse surtout à l'étude des kystes hydatiques de la prostate, rapporte le cas d'un kyste glandulaire dû à une observation de Horn.

Il s'agissait d'un homme qui était en rétention et dont le sondage était impossible. La sonde ne pouvant pénétrer plus loin que

la prostate. Examinée par le rectum, cette glande paraissait « engorgée ». A l'autopsie, on trouva une poche de la grosseur d'une orange moyenne et que l'on crut être un kyste.

En 1881, LE DENTU, dans le *Traité des maladies des voies urinaires*, de VOILLEMES et LE DENTU, rapporta trois cas, dont un dû à Desnos.

Le premier est celui d'un sujet ayant rendu quelques graviers phosphatiques par l'urèthre et n'ayant présenté aucun symptôme urinaire si ce n'est une légère hématurie. La vessie présentait des colonnes et contenait des graviers. La prostate, très grosse en avant du canal, se prolongeait de près de 3 cm. en arrière du veru montassum, formant un lobe moyen saillant dans la vessie. La partie inférieure de l'organe était couverte par une vaste poche de la grosseur d'une petite mandarine et se terminait en avant, derrière la portion membraneuse du canal et en arrière du point où les vésicules pénètrent normalement entre les deux lobes des canaux éjaculateurs étaient indépendants de cette poche qui communiquait avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices. La compression faisait sourdre par ces orifices un liquide sanguinolent et visqueux. La poche était uniloculaire et limitée par une membrane cellulaire mince.

La tumeur kystique qu'il trouva chez un autre malade fut une trouvaille d'autopsie. Grosse « comme l'extrémité du petit doigt », elle faisait relief dans la vessie juste en arrière de la lèvre inférieure de l'orifice urétral.

En 1888, Desnos rapporte également le résultat d'une trouvaille d'autopsie. Homme de soixante-douze ans, mort à Bicêtre d'une pneumonie.

« La région cervicale de la vessie apparaît non symétrique, la lèvre postérieure présentait un soulèvement plus prononcé à droite. Cette saillie se prolonge au niveau du col ainsi soulevé. La déviation de l'urèthre prostatique est peu accentuée. La prostate est reconnue à la palpation comme formant cette tuméfaction. Elle a le volume d'une orange moyenne. Sa consistance est molle à droite et fluctuante. En pressant sur la tumeur, un liquide brun visqueux et filant sourd dans l'urèthre prostatique par plusieurs petits orifices de chaque côté du vesu montassum, orifices distincts de ceux des canaux éjaculateurs et des vésicules, qui ne donnent aucun liquide anormal. »

En 1897, Komfeld cite le cas d'un kyste siégeant dans un lobe latéral de la prostate et qu'il considère comme le résultat d'une transformation kysteuse, due à l'occlusion d'un conduit excréteur au cours de la prostatie chronique. Ce kyste avait entraîné une rétention aigüe d'urine et fut diagnostiquée par le toucher rectal.

Par massage énergique, Komfeld obtint la déchirure du kyste, ce qui entraîna un écoulement séro-sanguinolent et le rétablissement

du passage libre de l'urine. Il peut également cautériser la paroi du kyste à l'aide de l'uréthroscope.

En 1898, Springer pratiqua l'autopsie de 600 cadavres, dont 62 nouveau-nés, et ne trouva que quatre cas de kystes prostatiques : à savoir trois chez l'adulte et un chez un garçon âgé de un an neuf mois. Ces formations kystiques siégeaient au niveau de l'utricule prostatique.

En 1900, Abbe opéra un homme de trente-cinq ans qui, il y avait un an, avait eu une crise de rétention. A partir de ce moment-là, on avait toujours été obligé de le sonder. Cependant sa vessie continua toujours à contenir un résidu évalué à une « pinte », résidu dont on ne pouvait s'expliquer l'origine. Le malade n'avait pas de calculs, sa prostate ne paraissait pas augmentée de volume et, pour Abbe, « la seule explication plausible était une atonie persistante de la vessie à la suite d'une surdistention ». Abbe fit donc une cystostomie suppubienne pour explorer la vessie et trouva une tumeur kystique qu'il enleva.

En 1902, Burckhardt et Soucin, qui ont publié un ouvrage sur les maladies de la prostate, consacrèrent aux kystes une étude assez détaillée. Ils rapportèrent chacun un cas observé personnellement.

De ces deux cas, c'est celui de Burckhardt qui donne le plus de renseignements cliniques : en plus, il est d'autant plus intéressant qu'il a été diagnostiqué avant l'intervention et opéré avec succès.

Il s'agissait d'un officier de cinquante et un ans, n'ayant aucun antécédent personnel ou héréditaire, qui vit éclater six mois auparavant brusquement, des accidents qui appelèrent l'attention sur l'appareil urinaire. Dysurie d'abord, puis rétention partielle durant deux jours. Quatre mois après cette première atteinte, le malade fut pris d'un nouvel accès. Au moment où il fut vu par Burckhardt, les mictions ne se faisaient plus que goutte à goutte. Les besoins violents et douloureux se répétaient toutes les demi-heures et les mictions ne se produisaient dans les conditions que nous avons signalées qu'après des efforts pénibles.

A l'examen, la sonde fait sentir au niveau du colliculus, comme bourrelet ferme, un peu sensible au contact de la sonde, une sonde élastique parvient facilement jusque dans la vessie et permet de retirer 480 cc. d'urine résiduelle claire et acide.

Le T. R. fait percevoir une prostate à peine augmentée de volume et inégalement : le lobe droit est un peu plus gros que le gauche.

A la cystoscopie apparaît, jusqu'au milieu du fond vésical, à peu près dans la région voisine de l'orifice urétral, une tumeur de la grosseur d'une noix, ronde, paraissant couverte d'une muqueuse gris rosé, parcourue par quelques vaisseaux dilatés dont le plus important faisait le tour de la tumeur. Tout autour des formations trabéculaires se montraient sur la muqueuse vésicale. Les deux

lobes prostatiques ne faisaient pas saillie dans le fond de la vessie.

Liebi rapporte le cas d'un lamphangiome kystique auquel il reconnaît cause congénitale et dont les récidives nombreuses sont remarquables.

Il s'agissait d'un homme de quarante-six ans, envoyé par le médecin traitant pour rétention. Impossibilité de réussir le cathétérisme ; trois mois auparavant, mictions devenues difficiles, surtout le matin au réveil. Dans des efforts pénibles, légère émission d'urine, jet très faible. Dans le courant de l'après-midi, les besoins se répétaient jusqu'à douze fois. Le médecin consulté porta le diagnostic de prostate chronique. Le jour de son entrée à la clinique, il était en rétention complète et le cathétérisme échoua. L'examen montra une vessie remontant jusqu'à l'ombilic.

Le T. R. fit percevoir une tumeur molle et élastique. Après avoir essayé de nouveau sans succès le cathétérisme, on ponctionna la vessie au-dessus de la symphyse et on retira un litre d'urine.

Intervention : tumeur kystique en arrière de la prostate qui creva et se vida de son contenu.

Le malade quitta la clinique guéri, mais revint neuf mois après, en état de rétention complète.

Nouvelle intervention aboutissant à l'ouverture de deux poches kystiques symétriques en arrière de l'urèthre à gauche et à droite de la ligne médiane. Comme après la première opération, les symptômes s'amendèrent pendant deux ans et demi, puis recommencèrent offrant toujours le même tableau clinique avec cet élément surajouté au périnée, à gauche de la ligne médiane bombait une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf d'oie. L'opération qui fut pratiquée permit d'ouvrir toute une série de kystes et le malade partit encore une fois guéri.

1908 — Michailow rapporte un cas de kyste de l'utricule.

Il s'agissait d'un étudiant russe qui venait consulter pour des troubles génito-urinaires : pollutions très douloureuses vers l'âge de treize ans, s'accompagnant de céphalées intenses, mictions très fréquentes n'aboutissant qu'à l'émission d'une petite quantité d'urines normales.

A l'examen : organes génitaux externes normaux.

T. R. fait constater l'atrophie du lobe prostatique droit, le gauche est normal.

La cystoscopie ne donne aucun résultat.

L'urethroscopie fut faite : le bec de l'instrument passe facilement jusqu'à la partie prostatique de l'urèthre. En le poussant plus loin, on voit, au lieu du colliculus seminalis, une tumeur ronde à bords supérieurs très nets, tumeur mesurant 1 cm sur 1 cm $\frac{1}{2}$. Le malade fut opéré avec succès.

1909 — Cholzoff, dans un traité sur les *Maladies et lésions de la prostate*, rapporte un cas de kyste de la prostate sur lequel

il nous a été impossible de voir plus amples renseignements.

1910 — Legueu et Verliac publient dans la presse médicale un cas des plus intéressants et en font une étude des plus complètes.

Il s'agissait d'un kyste prostatique développé dans les régions inférieures et antérieures de la prostate, dont la paroi dermoïde était recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié non corné. Kyste congénital affirment ces auteurs, et ils concluent : « Mais la congénitalité suffit-elle à expliquer toutes ces tumeurs ? Y a-t-il un rapport entre ces petites dilatations microscopiques que l'on trouve dans les glandes de la prostate au cours de l'adénome et les grands kystes ? La rareté de ceux-ci nous laisse supposer qu'ils sont d'ordre différent et nous penserions qu'ils relèvent d'inclusions embryonnaires ». Voici cette observation intéressante :

OBSERVATION DE LEGUEU

Publiée en 1910 par Legueu et Verliac, est une des plus complètes et des plus instructives ; elle est assez longue et nous nous contenterons de la résumer.

Il s'agit d'un malade âgé de quarante-quatre ans, qui entra le 21 janvier 1909, dans le service d'urologie à l'Hôpital Tenon pour troubles de la miction, pollahiurie surtout nocturne, et il lui arrivait même de trouver au réveil son lit mouillé.

Dysurie : il urinait très peu à la fois et avait la sensation d'un poids lourd dans le bas-ventre.

Ces douleurs et ces troubles se sont accrus sensiblement dans les derniers temps, ce qui motiva son entrée à l'hôpital.

Lors d'un premier examen, le 22 janvier, on trouva le malade dans un état grave : sa langue est sèche, il est abattu, sa température est à 38° et il donnait tout à fait l'impression d'un grand infecté.

La vessie distendue dessinait un globe vésical dont la convexité supérieure remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Les mictions sont presque continues, et la quantité des urines en vingt-quatre heures atteint 31,800 ; on reconnaît à ces signes un grand distendu.

L'explorateur à boule chemine dans tout l'urèthre sans rencontrer d'obstacles, si ce n'est dans la traversée prostatique, où il rencontre un obstacle qui l'arrête un moment, mais qui se laisse franchir sans difficultés, donnant l'impression d'un rétrécissement mou dans une région où cependant la sténose ne s'observe jamais.

Un sondage, avec une sonde à bécuille N° 08, qui passe bien, ramène 550 grammes de résidu d'urines troubles et très fétides. La cause de cette rétention demeurant obscure et l'état du malade très précaire, un pronostic, très sombre fut prononcé et aucun trai-

tement opératoire ne fut discuté. Cathétérisme et lavages au N O³Ag essayèrent prudemment d'arrêter l'infection.

L'état du malade s'étant légèrement amélioré, on procéda à un nouvel examen qui révéla l'urèthre libre sans aucune sténose, on sentait toujours le même arrêt au niveau de la traversée prostatique siégeant aux confins du col vésical mais en insistant l'explorateur passait.

Les sondes rigides, l'explorateur métallique ne le sentait pas.

Le 3 février on se décida à opérer et l'on pratiqua une cystostomie par taille hypogastrique : on ne constata aucune saillie de la prostate au niveau du bas-fond : le col paraissait fermé par un certain degré de contracture, le doigt s'y enfonce quand même et l'on constate que tout est souple et note l'absence de rétrécissement. On ne rencontre rien, en effet, qui ressemble à ce que le cathétérisme avait trouvé à cet endroit. On poursuit et on fend la lèvre inférieure du col exactement sur la ligne médiane, de telle façon que le doigt puisse pénétrer facilement dans la région prostatique. Avec quelques sutures on fixe et on rend définitive la plastie pratiquée et on termine en drainant la vessie au-dessus du pubis.

Les deux premiers jours, les suites opératoires furent simples, mais au bout de trois jours, le malade fut pris d'une dyspnée très vive avec crachats sanguinolents, et il succomba en quelques heures des suites d'un œdème aigu du poumon.

Examen anatomo-pathologique :

A l'autopsie on trouva des lésions d'urétéro-pyélonéphrite ascendante avec distention plus marquée du côté gauche où le rein était complètement détruit. La prostate était manifestement hypertrophiée, augmentation portant sur tous les diamètres surtout sur le diamètre antéro-postérieur. La partie antérieure était presque uniquement constituée par le kyste dont la paroi antérieure s'était rompue pendant l'ablation de la prostate et dont le contenu n'a pu être examiné. A la surface de cette paroi, on pouvait voir quelques fibres musculaires horizontales. La paroi postérieure répondait à la paroi antérieure de l'urèthre et au reste de prostate. L'urètre se dessinait dans la cavité kystique sous forme d'une saillie cylindrique verticale qui, peu marquée à la partie inférieure, était de plus en plus accentuée vers la partie supérieure...

La paroi kystique, minutieusement examinée, ne présentait aucun orifice, tant du côté de l'urètre que du côté de la vessie...

Le reste de la prostate ne présentait rien d'anormal. La glande ne paraît pas sensiblement plus grosse qu'une prostate normale. Sur des coupes horizontales, on découvre un second petit kyste du volume d'un petit pois environ, situé en arrière de l'urètre, n'ayant aucune relation avec le grand kyste.

L'utricule prostatique et les canaux déférents ne présentent aucune malformation.

En résumé, la prostate contenait un volumineux kyste de la région pré-urétrale, avec deux diverticules postéro-inférieurs, rétro-urétraux et un autre petit kyste de la partie inférieure sans connexion avec le précédent.

Le contenu de ces kystes n'a pu être examiné : pour le kyste antérieur, en raison de sa rupture ; pour le postérieur parce qu'il n'a été découvert que sur ces coupes de la pièce durcie. L'examen microscopique n'a permis d'y reconnaître que des éléments cellulaires, nécrosés ou non, analogues à ceux qui tapissent la paroi du kyste sans aucun élément purulent. L'aspect de la paroi interne du kyste est le même partout. Elle est blanc-grisâtre, sans saillies accentuées ni dépression notable. La structure de la paroi est identique dans les différents points examinés. Toutefois, son épaisseur paraît beaucoup plus faible au niveau de l'urèthre sans qu'il faille attacher à cette constatation une trop grande importance, car il est sur les autres points difficiles, de différencier la limite externe fibreuse du kyste qui se confond sans transition avec le tissu prostatique très scléreux qui l'entoure. Cette paroi externe est uniquement formée de trousseaux fibreux et élastiques concentriques à la cavité kystique et qu'on ne différencie du tissu voisin qu'en voyant apparaître des culs de sac glandulaires ou sur la paroi antérieure des fibres musculaires.

En dedans de cette paroi, on retrouve un chorion recouvert d'épithélium plissé sur les coupes ; formé de plusieurs couches de cellules dont les profondes sont à peu près cubiques, et les autres praviamenteuses, on ne trouve, en aucun point, de transformation cornée.

Quant au chorion, trois à quatre fois plus épais que l'épithélium, il est formé d'un mince réseau de fibres conjonctives, que masque en certains points, une quantité de cellules ayant l'aspect de petits mononucléaires ; très nombreuses sur certaines coupes. Le reste de la prostate ne présente aucune altération importante, si ce n'est au voisinage immédiat du kyste où il n'y a pas de trace de tissu glandulaire et où on ne voit que des bandes fibreuses parallèles à la paroi kystique et entre elles, quelques amas allongés de cellules rondes. En résumé, il s'agit de kystes prostatiques développés dans la région inférieure et antérieure d'une prostate dont la paroi dermoïde est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié non corné.

En 1916, Baradulin publie deux cas de kystes de l'utricule.

En 1917, Castano rapporte le cas d'un kyste de la prostate sous l'étiquette de « kyste hématique ».

Il s'agissait d'un homme de soixante-sept ans, atteint de diabète et ayant eu dans les urines de 24 heures, jusqu'à 30 grammes de sucre.

« Il présentait des mictions fréquentes surtout la nuit, de la

difficulté d'uriner de plus en plus marquée... Les deux derniers mois, les besoins d'uriner étaient devenus presque continuels, et ces besoins ne pouvaient être satisfaits. A l'examen, on constate une vessie distendue remontant jusqu'à l'ombilic. La rétention était complète.

« Au T. R. on avait la sensation d'une tumeur grosse comme une moyenne orange et obstruant le rectum. Cette tumeur semblait lisse, résistante, molle, non dépressible. Le diagnostic de grande hypertrophie de la prostate fut porté. L'opération pratiquée permit de trouver une tumeur pleine d'un liquide sanguin noirâtre occupant la prostate. »

En 1921, Young et Van Denberg, de Philadelphie, publièrent un article dans *Keen's surgery* et présentèrent neuf cas dont cinq observés à la clinique urologique de Brady. Ce travail est cité par Graves dans son article publié en 1937, mais il nous a été impossible de trouver la moindre analyse des cas rapportés.

En 1921, le Professeur Duvergey de Bordeaux, publie un cas dont voici l'essentiel :

OBSERVATION DU PROFESSEUR DUVERGEY

R., âgé de soixante-douze ans, présente depuis quelques années des troubles habituels caractérisant l'hypertrophie prostatique : mictions lentes, jet sans force, pollakiurie nocturne.

T. R. Prostate volumineuse et régulière sans aucune bosselure.

Intervention. En pratiquant l'énucléation des adénomes prostatiques sur les parties latérales et en arrière, j'ai l'impression que la tumeur éclate en partie, le doigt intravésical retiré ramène une substance ressemblant à du mastic jaune brunâtre et adhérent au doigt, donnant l'impression d'une substance sébacée ou grasseuse. Suites opératoires normales, guérison complète avec rétablissement des fonctions vasicales.

Examen microscopique :

Adénome prostatique constitué par deux masses latérales d'un poids total de 250 grs. L'urètre est fortement dévié par ces masses. En haut et en arrière celles-ci présentent deux kystes vidés du volume d'un gros marron à gauche, d'une cerise à droite. La cavité de ces deux kystes est un peu irrégulière avec quelques ébauches de cloisons.

A leur niveau, on voit encore la substance gris-brunâtre qui les remplissait et qui s'est déversée sur le doigt et dans l'intérieur de la vessie au moment de l'énucléation.

Examen anatomo-pathologique. — Professeur Roussy :

Adéno-fibromyome typique avec nombreuses dilatations kystiques. La paroi d'un de ces kystes plus volumineux que les autres, est fermée par du tissu conjonctif fibrillaire avec cellules fusiformes.

Tapissant ce tissu conjonctif, un épithélium cylindro-cubique est déposé sur une seule couche.

Pas de prolifération néoplastique maligne.

En 1925, un auteur américain de San-Francisco, Miley Wesson, publie un article où il étudia 29 cas authentiques recueillis dans la littérature et y ajouta trois cas personnels.

En 1925, Young rapporte deux cas de kystes à parois épaisses prises par une tumeur néoplastique et soignée d'emblée par radium-thérapie.

En 1926, Papin et Verliac ajoutent un cas et font une étude détaillée au point de vue anatomo-pathologique des coupes de leur pièce opératoire. Cette observation est reprise et étudiée dans la thèse de Goulard, inspirée par le Professeur Legueu.

OBSERVATION DE PAPIN ET VERLIAC : 1926 :

M. B..., âgé de quarante-deux ans., se présente à la consultation d'urologie de l'Hospice Saint-Joseph, le 13 janvier 1926, adressé pour une tumeur kystique du lobe droit de la prostate.

Les différents troubles qui ont amené le malade à consulter remontent à deux mois.

Ce sont :

douleurs périnéales sourdes, avec sensation de tension pénible et propagation de la douleur tout le long de la verge jusqu'au gland ;
poussées hémorroïdaires depuis deux mois ;
léger amaigrissement.

On ne relève pas d'écoulement urétral ; les urines sont limpides et l'ont toujours été.

Jamais d'hématurie.

Dans les antécédents personnels, on note une coxalgie droite à huit ans et demi, guérie avec un raccourcissement de 8 centimètres.

Le malade n'a jamais eu ni blennorragie ni de syphilis. Marié, femme bien portante, il a une fille de sept ans bien portante. Ses parents sont vivants et bien portants.

Le T. R. fait sentir une tumeur du volume d'un œuf de pigeon presque médiane, un peu déviée à droite. Cette tumeur est lisse, régulière, rénitante, donnant la sensation d'un kyste et absolument indolore. Elle se détache du reste de la prostate dans laquelle elle est, pour ainsi dire, incrustée. On sent de chaque côté, les lobes de la prostate de volume normal.

Le 20 janvier, une urétroscopie postérieure au mac-carthy est pratiquée. Elle ne révèle aucune lésion apparente, le veru montanum est refoulé légèrement vers la gauche, mais il est normal et non enflammé. Dans l'utricule prostatique légèrement ouvert, j'in-

introduis une sonde métallique qui ne pénètre que de 5 à 6 cms facilement. Il ne s'agit donc pas d'un kyste de l'utricule.

Le 22 janvier, intervention : incision pré-rectale qui conduit dans l'espace décollable. Le kyste apparaît nettement saillant sur le reste de la prostate. On circonscrit la tumeur par une incision circulaire et on dissèque en plein parenchyme prostatique pour extirper le kyste sans l'ouvrir.

Le kyste enlevé, on place un tamponnement dans l'espace rétro-prostatique et on met deux points de suture aux extrémités de la plaie. Le tamponnement est enlevé au bout de 48 heures, mais il se produit alors une petite hémorragie qui nécessite un nouveau tamponnement ; celui-ci n'est enlevé que le septième jour. Les suites ultérieures ont été parfaites. Le malade quitte l'hôpital le 5 février entièrement guéri.

Examen anatomo-pathologique :

La masse enlevée par voie périnéale constitue une petite tumeur régulièrement ovoïde, de volume d'une noisette de consistance rénitente.

Après durcissement, elle apparaît sur une coupe comme un kyste pauciloculaire dont la paroi externe d'épaisseur irrégulière est feuilletée et les cloisons se réunissent près du centre en un petit bloc étoilé.

Au microscope : la masse kystique formée par cinq ou six cavités séparées par de minces cloisons conjonctives vasculaires, recouvertes sur chaque face d'une couche endothéliale et se réunissant près du centre en petit bloc fibro-vasculaire ; la tumeur touche à la paroi vasico-urétérale ; le reste est englobé dans le tissu prostatique enlevé avec elle et qui fait partie de sa paroi externe. Ce tissu prostatique, de composition absolument normale, n'est nullement atrophié ; il semble, au contraire, qu'un certain nombre de ses cavités glandulaires présentent une dilatation notable.

Les cavités kystiques sont tapissées sur tout leur pourtour par un épithélium qui apparaît suivant les points cubique ou cylindrique, absolument analogue à celui qui revêt les cavités prostatique voisines.

Certaines des cavités kystiques sont vides, ou au moins ne présentent qu'un contenu liquide, mais deux d'entre elles sont, en grande partie, remplies par des végétations de véritables bourgeons constitués par une prolifération conjonctivo-glandulaire, les cavités glandulaires étant constituées par des tubes d'allure prostatique et le tissu conjonctif forme un tissu interglandulaire plus ou moins vasculaire, l'ensemble de la production étant recouvert d'une couche épithéliale semblable à celle qui revêt le reste des parois kystiques et avec laquelle elle se continue au point d'insertion de la masse bourgeonnante sur la paroi kystique. Cet aspect est tout à fait analogue à celui des adénomes kystiques végétants ou papillaires du sein ou

du rein, mais il diffère totalement de celui qu'on rencontre dans les tumeurs bénignes sous-urétrales, dites adénomes sous-urétraux ou hypertrophie prostatique. Les auteurs concluent qu'il s'agit d'un adénome kystique végétant de la glande prostatique, développé dans une glande en activité et non dans une glande en régression comme l'est la prostate au moment de l'évolution des tumeurs bénignes sous-urétrales, dites adénomes sous-urétraux ; elle est peut-être susceptible d'extension car les cavités prostatiques montrent une tendance à la dilatation, et le fait qu'il existe des prolongements dans les cloisons interkystiques semble indiquer sur le caractère extensif du processus. Revu dix mois après, bon état. On sentait simplement un trou à la place du kyste.

OBSERVATION DU PROFESSEUR ANDRÉ (Nancy), 1927.

M. L., 30 ans.

Début, remonte à mai 1924. Difficulté d'uriner. Jet diminué de calibre. Son médecin croyait à un rétrécissement et fait de la dilatation avec des béniqués d'abord, puis avec le Kollmann. Tout cela sans résultat. Les difficultés d'uriner vont en augmentant. En octobre il consulte et on lui parle de cystite et on lui fait des instillations.

Revenu à Amsterdam, on lui fait de nouveau, des instillations pendant vingt jours sans résultats. Une cystoscopie faite à ce moment aurait montré sur le col une production qui fut qualifiée de polype et l'intervention fut conseillée. Le malade revient alors en France et le Professeur André est appelé à l'examiner à Nancy, le 20 novembre 1942. Il constate que la miction est toujours difficile, qu'elle est très lente et que le jet faible tombait en bavant.

On ne trouve pas de blennorragie dans les antécédents ni de rétrécissement, une sonde à bécuille et le cystoscoque passent facilement.

On obtient un résidu important d'urine limpide.

A la cystoscopie, on voit sur la lèvre antérieure du col une saillie ayant l'aspect d'un polype mais à base large.

On se rend compte toutefois qu'en raison de l'insertion de cette production sur le col même, le cystoscope ne permet pas de se rendre compte de la nature et on procède à l'examen à l'urétroscope.

Avec cet appareil, on distingue beaucoup mieux l'aspect réel qui est le suivant, on voit sur le bord antérieur du col et se prolongeant un peu dans l'urètre une saillie hémisphérique d'aspect blanc brunâtre comme si une muqueuse très mince recouvrait une collection liquide vue par transparence. Il paraît bien s'agir d'une production kystique. On sonde un instant à détruire avec l'urétroscopie et à l'aide de l'électro-coagulation la paroi saillante du kyste.

Toutefois, pour réaliser une opération plus complète, on se décide à intervenir pour taille hypogastrique.

L'opération est pratiquée le 25 novembre. Compte rendu :

La vessie largement ouverte, et l'écarteur de Lugueu mis en place, la région du col bien exposée, on constate sur le bord antérieur du col, une saillie du volume d'une demi-noix d'apparence kystique, se prolongeant légèrement dans l'urèthre.

Une pince à griffes ayant saisi la partie saillante du kyste, celui-ci se vide. Il sort une petite quantité de liquide clair.

La paroi kystique est excisée aux ciseaux, et pour être sûr d'avoir détruit la partie profonde du kyste, on passe le thermo dans la cavité résultant de l'ablation. Suture de la vessie avec drainage par un drain de Marion moyen, et fermeture de la paroi. Suites opératoires normales. Revu à plusieurs reprises, le malade va bien, urine sans difficultés et d'une façon normale. La vessie se vide complètement.

Au cystoscope, la lèvre antérieure du col apparaît tout à fait normal. Il s'agissait, par conséquent, d'un kyste développé aux dépens des culs de sac glandulaires siégeant dans la partie supérieure du col vasical dans cette région.

Examen histologique :

Dans la paroi du kyste on note la trace d'une inflammation interstitielle très nette. Il y avait en outre une activité hyperplasique notable des épithéliums glandulaires muqueux du voisinage.

En 1928, F. W. Roberts a rapporté un cas de kyste de la prostate avec aplasie congénitale du rein droit.

Malade âgé de 24 ans consulte pour la première fois en 1923. A ce moment, il se plaignait de fréquentes émissions d'urine. Pendant les quatre années précédentes il avait fait des accès périodiques de pollakiurie avec dysurie au commencement et à la fin de la miction.

Le T. R. révéla l'existence, à gauche, d'une masse kysteuse ronde, ayant du diamètre environ de 4 cms et une largeur de 3 cms. Elle s'étendait jusqu'à la moitié du lobe droit.

Examen cystoscopique :

Urine résiduelle 400 cc. Capacité viscale 500 cc. Muqueuse viscale normale. Élévation du trigone et du côté droit de la vessie par une masse extra-vésicale. L'orifice urétéral droit est impossible à trouver. L'urèthre postérieure était un peu rouge, mais rien d'anormal ne fut observé par ailleurs.

P. S. P. 55 % en 30 minutes du côté gauche. Une trace seulement de la solution fut obtenue par la vessie.

L'opération est refusée et le malade n'est revu qu'en 1926, trois années plus tard avec les mêmes symptômes.

Intervention : incision périnéale. Exponction de la prostate. Au-dessous de la prostate on trouva un kyste avec de nombreuses ramifications occupant le côté droit de la vessie. Le kyste contenait un liquide visqueux couleur de la bile. Mise en place d'un drain. Fermeture. Convalescence normale. Le dix-huitième jour, le malade paraît guéri. Revu après un an et demi, le malade est en excellent état.

En 1930, on trouve un cas de SS^e menjaho où il s'agit d'un kyste de l'utricule prostatique. Pour l'auteur, ces kystes sont d'origine congénitale, l'utricule étant un résidu du canal de Müller, n'a pas de relation génétique avec la prostate ou la vésicule séminale. Des défauts congénitaux de cet organe peuvent avoir comme résultat des kystes. Ces kystes sont du type uniloculaires et peuvent atteindre une dimension considérable.

OBSERVATION DE SSE MENJAKO :

Un cas de kyste de la prostate. 1930.

Le malade G..., n° 11 447, âgé de 34 ans, aide-comptable, vient consulter pour miction douloureuse et écoulement matinal. Atteint de blennorragie en 1920, soigné pendant un an et guéri par lavage de l'urèthre, et massage de la prostate.

En 1926, un écoulement urétéral apparaît à la suite de l'absorption d'alcool et fut traité par des instillations dans l'urèthre et de nouveau des massages de la prostate. Le malade est marié et père de deux enfants.

L'examen de l'écoulement montra la présence de leucocytes, de mucus, mais non de germes typiques.

Le T. R. révéla au niveau du lobe médian, mais intéressant davantage le lobe gauche, un corps rond à surface lisse, tendre, indolore, légèrement fluctuant et ayant la grosseur d'une noisette, siégeant dans le tissu glandulaire. La sécrétion urétérale par expression renfermait : 30 à 40 leucocytes par champ visuel, et un certain nombre de corps lipoïdes, un peu de mucus et des cellules épithéliales. Le diagnostic de prostatite folliculaire chronique fut porté. On traita le malade par l'installation de NO₃ Ag in situ et par des massages de la prostate. Il quitta le service après un court séjour.

Il revient au bout de trois mois en se plaignant d'écoulement uréthral dont l'examen ne montra rien d'anormal au point de vue blennorragique.

Le 24 novembre 1928, on pratiqua une ponction de la tumeur prostatique par voie rectale et l'on retira 5 cc de liquide trouble couleur « eau de chair ».

L'examen de ce liquide montra beaucoup de débris lipoïdes et des leucocytes isolés en état de décomposition. Une uréthréoscopie

postérieure selon le procédé de Goldschmidt fut pratiquée le 25 novembre 1928 et montra que la zone de transition était lisse et que la muqueuse de l'urètre postérieur avait un aspect normal. Le veru montanum était normal, sa muqueuse était légèrement œdématisée. Les orifices des conduits éjaculateurs et l'utricule n'étaient pas visibles. Le T. R. montra à ce moment une dépression. Le malade quitta le service soulagé. Au bout d'un mois on sentit de nouveau, en palpant la prostate, un corps tendre, ayant diminué de volume, de la grosseur d'un petit pois, au niveau de la ligne médiane.

L'examen sanguin du 9 avril 1929 montra : 76 % Hc. Erythrocytes 5 millions, leucocytes 7. 200, indice d'Arneft 0.76. Formule leucocytaire : 52 % polynucléaires, 2 % lymphocytes, 4 % monocytes, 2 % œsinophile.

Une cystoscopie du 28 avril 1929 montra que la capacité vésicale était de 200 à 250 cc.

Résidu : 0 — la muqueuse vésicale normale.

Orifices uréaux normaux.

Le 12 avril 1929, nouvelle ponction par le rectum, qui retira 2 cc. de liquide composé de débris lipides et protéiques, renfermant quelques cellules remplies de libides, ainsi que quelques cellules du type lymphoïde, qui se trouvent partiellement en état de décomposition.

Bactériologie : absence de germes.

Le toucher rectal montre une prostate avec des épaissements irréguliers, la surface légèrement irrégulière ; le tissu avait une consistance « tendue » au niveau du territoire de l'ancien kyste.

En résumé, dit l'auteur, il s'agit d'un kyste de la prostate découvert fortuitement au cours de l'examen de la prostate. La ponction pratiquée dans un but thérapeutique s'avéra efficace. Le kyste s'était rempli une seconde fois après la première ponction mais il avait néanmoins diminué de volume pour ne plus se remplir après la seconde ponction.

1931. — Hamer rapporte un autre cas de kyste de la prostate.

D^r S. J., âgé de 43 ans. Rétention aiguë nécessitant un cathétérisme.

Le malade se sondait lui-même plusieurs fois par jour.

Urine de coloration ambrée, légèrement trouble ; résidu : trois onces d'urine. Sondage facile. Pas d'obstruction. Prostate tuméfiée tendue et sensible.

Un mois après amélioration, mais toujours du résidu. Urines claires. P. S. P. : 65 % première heure ; 10 % deuxième heure. Total : 75 % en deux heures.

Cystoscopie : on découvre une tumeur arrondie bombant à partir du bord antérieur de l'orifice vésical. Cette tumeur était d'environ 1 cm, 5 de diamètre, avec une surface lisse et luisante, paraissant au contact de cystoscope comme étant molle. Au moyen

du courant d'Arsonval on creusa une gouttière sur la surface de la tumeur. La tumeur s'affaisse et donne issue à un liquide. L'extrémité de l'électrode fut introduite dans l'intérieur de la cavité kystique, qui fut modérément cautérisée. A la suite de ce traitement, la rétention disparut. Revu six mois après, le malade est complètement indemne de tout symptôme urinaire..

1931. — Halloch rapporte le cas d'un volumineux kyste hémorragique de la prostate.

OBSERVATION (résumé).

Autrichien de 19 ans, admis le 10 juin 1930 pour écoulement séro-sanguinolent de l'urèthre. Aucun autre symptôme urinaire.

Rien dans les antécédents familiaux et personnels.

T. R. Prostate, de volume, de contour, de consistance presque normaux.

T. R. : Prostate de volume presque de contour, de consistance presque normale.

Sur la ligne médiane juste au-dessus de la prostate, on sentait une masse ronde, lisse, non sensible, du volume d'une orange ; élastique et fluctuante à la palpation bimanuelle. La paroi rectale était mobile de tous les côtés et la masse n'était pas fixée. La palpation pouvait faire sourdre par moment une petite quantité de liquide séro-sanguinolent par l'urèthre.

La radio du côlon montra « une certaine diminution de l'ombre de la baryte au rectum ; côlon bien rempli, avec une certaine fuite à travers la valvule iléo-coccale. Pression nette siégeant sur le rectum sans lacune.

Au cystoscope : le plancher de la vessie était refoulé en haut et les orifices urétéraux haut situés et repoussés en arrière.

Rien à l'examen de l'urèthre prostatique.

Intervention : Incision supra-pubienne médiane. A l'opposé de la paroi postérieure et du col de la vessie on trouve une tumeur kystique du volume et de la forme d'une grosse orange.

Quand ce kyste fut séparé du péritoine sus-jacent, de l'aponévrose, de la vessie et des vésicules séminales avec leurs vaisseaux déférents, il s'est rompu et donna une grosse quantité de liquide séro-sanguinolent. La pièce enlevée consistait en un sac sphérique mesurant 10 cm de diamètre. Sa paroi de 0 cm,5 d'épaisseur, était composée d'une structure fibreuse dont la face interne révélait une surface lisse et congestionnée.

Le liquide directement recueilli du kyste fut trouvé identique à tout point de vue à celui qui s'écoulait par l'urèthre, sauf que le premier ne contenait pas de mucus.

Examen histologique : à l'examen histologique de la paroi du kyste : structure composée de deux couches nettes. La couche externe composée de faisceaux compacts, s'entrelaçant de tissu conjonctif collaieux où étaient dispersés beaucoup de vaisseaux, les plus nombreux à la surface la plus externe. Ce tissu fibreux était couvert du côté interne par un épithélium bas, non cilié, dont les cellules contenaient de gros noyaux veineux. Il y avait présence d'une membrane basale nette. Le réseau capillaire sur l'épithélium était très étendu et à de nombreux endroits formait des sinus dilatés engorgés de globules rouges.

Des coupes en séries, faites sur cette partie du sac attaché à la prostate, ont révélé une structure analogue à des canaux limités par de l'épithélium non cilié similaire à celui limitant toute la paroi du kyste. L'épithélium cependant était projeté dans les replis papillaires contenant de nombreux petits vaisseaux sanguins. La couche externe de la paroi du canal était composée entièrement du tissu conjonctif.

La convalescence de ce malade se fit sans incident. Il quitta l'hôpital avec sa plaie entièrement cicatrisée, 25 jours après l'opération. L'écoulement urétéral séro-sanguinolent, la constipation et la sensation de la compression rectale ne se sont plus reproduits depuis un an.

En résumé, il s'est agi d'un kyste volumineux hémorragique rétro-prostatique et rétro-vésical. L'auteur conclut que ce kyste a son origine dans un reliquat du canal de Muller.

En 1932, Margold publia un nouveau cas de kyste de la prostate, dont voici l'observation résumée :

Malade âgé de 54 ans, se plaignait de sysurie et de pollahiurie remontant à un mois. Il urinait toutes les demi-heures pendant le jour et quatre à cinq fois la nuit.

T. R. Prostate non augmentée de volume, lisse, symétrique et non sensible.

Cystoscopie : Cystoscope de Brown-Berger fut aisément introduit. 120 cc. de résidu. Vessie légèrement trabéculaire ; un empiétement semblait se trouver au niveau du lobe latéral droit avec un sillon net vers 7. Ensuite, le lobe droit s'étendait au-dessus et se rapprocha de l'orifice. Il y avait un léger bas-fond. Le diagnostic pré-opératoire d'une obstruction fut fait et l'opération supra-pubienne fut conseillée.

Intervention : Vessie largement ouverte : « une masse de la grosseur d'une cerise fut trouvée, transmettait clairement la lumière d'une lampe de Cameron et l'on diagnostiqua sur ces signes qu'il s'agissait d'un kyste de la prostate ». Le kyste déchiré donna issue à un liquide visqueux. On enleva ensuite tout et le col vésical fut élargi par un poinçon de Youg.

Examen histologique : principalement du tissu conjonctif, sans dégénérescence. Convalescence sans incidents. Le malade quitta l'hôpital, guéri au bout de deux semaines. Revu seize mois après, il ne présentait plus aucun trouble urinaire.

1932. — Melun rapporte un cas de kyste multicoculaire.

F. P..., 65 ans. Admis à l'hôpital pour miction difficile. Jet réduit de force et de calibre. En suite pollahiurie, surtout diurne.

Au T. R. une prostate modérément augmentée, symétrique de contour et de consistance normale. Vésicules non palpables. Lacystoscopie montra une vessie trabiculaire avec muqueuse pâle. Lobe antérieur de la prostate considérablement augmenté de volume, plongeant d'en haut dans la vessie, ayant la forme de la moitié d'un œuf de rouge-gorge. Il ne transilluminait pas au cours de l'examen.

L'intervention consiste en cystostomie supra-pubienne. Aussitôt que le doigt qui palpait sentit la masse, l'auteur se rendit compte qu'il avait affaire à quelque chose d'anormal. Sur plusieurs centaines de prostatectomies, il n'avait jamais ressenti la fluctuation particulière de cette masse et il vit dès lors qu'il avait affaire à un kyste de la prostate. Le kyste s'énucléa facilement du reste de la prostate en une seule pièce. Puis la capsule fut rompue et quatre à cinq petits adénomes siégeant sous le trigone furent enlevés.

Convalescence sans incidents, le malade quitta l'hôpital au 33^e jour, complètement guéri.

1933. — Le Graves et Kickham rapportaient un nouveau cas de kyste de la prostate.

Toujours la même symptomatologie qu'on retrouve encore ici. D'abord pollahiurie. Dysurie, puis rétention plus ou moins complète. Ici le malade est vu en rétention complète. Le sondage quotidien était devenu nécessaire. Jamais d'hématurie ni d'écoulement sanguinolent. Amaigrissement appréciable depuis les quatre derniers mois. Antécédents personnels et héréditaires sans importance.

Examen clinique : 42 ans, bien développé. Résistance et sensibilité à la palpation de la région vésicale, au-dessus de la symphose pubienne.

Cystoscopie : cystoscope français, 21 passa aisément. Huit onces d'urine, claire résiduelle. Au bord interne du sphincter vésical, on notait une proéminence marquée surtout à gauche, presque kysteuse d'aspect. La surface en était lisse et recouverte de muqueuse normale.

T. R. Cystoscope en place ; le plancher de la vessie était mou, la prostate limitée à sa capsule et mobile. Le lobe latéral gauche était augmenté, plus mou et légèrement moins net dans ses contours. Les vésicules séminales étaient imperceptibles.

Intervention : diagnostic pré-opératoire « affection rare et, malgré que l'hypertrophie bénigne serait un diagnostic vu sa fréquence, un kyste de la prostate semble être très probable ».

A. R., position de Trendelenburg. Distention de la vessie par M U O₄ K. Incision supra-pubienne médiane : cavité vésicale normale, sauf la présence de quelques trabécules de la paroi musculaire.

Au niveau du col, masse ronde, proéminente au niveau du bord gauche du sphincter, de consistance molle, la muqueuse recouvrante était normale, une ponction ramena 3 10 de cc. d'un liquide laiteux. Cette intervention fit disparaître presque complètement la masse. Ensuite, le kyste fut enlevé avec l'électrode de haute fréquence. Puis électro-coagulation de toute la région.

Examen histologique : Altération d'inflammation chronique : infiltration leucocytaire. Coupe de glandes prostatiques. Epithélium glandulaire épais en plusieurs couches.

Diagnostic définitif : kyste glandulaire de la prostate plus prostatite chronique.

Convalescence normale sans incidents. Revu plus tard, il ne présentait plus de troubles urinaires et l'examen vésical ne montra rien d'anormal.

En 1936, J. A. Lazarus publia le cas d'un kyste par rétention.

Vingt ans. Vu pour la première fois le 18 octobre 1938, il se plaignait de brûlure à la miction et de la pollahiurie.

Rien dans les antécédents personnels et familiaux. Au moment de son entrée, il urinait toutes les demi-heures au cours de la journée, et une à deux fois la nuit. Brûlures intenses à la miction.

A l'examen : excellent état général.

T. R. : masse fluctuante naissant dans la portion supérieure du lobe droit de la prostate et s'étendant en haut aussi loin que le doigt pouvait l'atteindre. La masse n'était pas particulièrement sensible. La sécrétion obtenue par expression de la prostate contenait quelques cellules de pus.

Cystoscopie : passage facile. Présence d'une tumeur ovoïde à partir de la portion supérieure du lobe droit de la prostate dans la lumière vésicale ; de dimension d'une noix, modérément translucide et recouverte d'une muqueuse mince.

Le veru montanum est légèrement œdématisé. Urine résiduelle 4 onces.

P. S. P. : 25 % la première heure ; 20 % la deuxième heure. U. I. V. Présence d'une hydroméphrose bilatérale.

Diagnostic : Kyste par rétention de la prostate avec hydroméphrose bilatérale.

Opération le 24 juin 1935.

R. A. Incision supra-pubienne, paroi vésicale légèrement épaissie et trigone surélevé.

A droite de la ligne médiane et s'étendant dans la vessie à partir du lobe droit de la prostate et recouvert par une mince couche de

la muqueuse, tumeur ovoïde, fluctuante de volume d'une noix. Une ponction ramène un liquide trouble, de coloration légèrement ambrée, dont la culture s'est montrée stérile. Le kyste est ouvert par l'électrode de haute fréquence et largement exploré au doigt. Cette exploration indiqua qu'il était limité par une membrane muqueuse, s'étendant en haut entre la paroi postérieure de la vessie et la paroi antérieure du rectum jusqu'au sommet de la vésicule séminale droite. La limite inférieure du kyste était située en dedans du pôle supérieur du lobe droit de la prostate. Destruction à la curette, de la membrane et aussi à l'électro-coagulation. On laisse deux tampons dans le kyste, la vessie est suturée. Mise en place d'un drain et fermeture.

Évolution ultérieure normale. Vu le 12 décembre 1935, remarquablement amélioré.

Cystoscopie : aucun œdème de la vessie et le siège du kyste n'était représenté que par une petite gouttière juste au-dessus et latéralement à l'orifice urétéral droit. Au T. R. prostate et région prostatique normales.

1936, Emmett et Braasch ont rapporté 14 cas de kystes de la prostate d'un diamètre de 0 cm,75 à 2 cm. qu'ils ont recueillis à la clinique Mayo (Rochester).

Sept de ces kystes ont été trouvés accidentellement au cours de l'autopsie. Six de ceux-ci n'avaient produit aucun symptôme, tandis que le 7^e était associé avec une hypertrophie marquée du lobe moyen de la prostate, qui produisait des symptômes d'obstruction urinaire. Voici les sept autres cas : vus sur le vivant :

CAS 8. — Homme de 63 ans, admis à l'hôpital pour rétention d'urine causée par une prostate hypertrophiée. On fit une prostatectomie supra-pubienne et l'examen indiqua un kyste de 1 cm de diamètre situé dans le lobe médian de la prostate.

CAS 9. — Homme de 65 ans, admis pour rétention d'urine à l'examen énorme hypertrophie de la prostate. Prostatectomie supra-pubienne.

Examen anatomo-pathologique : kyste de 1 cm, 5 de diamètre, dans le lobe médian de la prostate.

CAS 10. — Homme de 62 ans, admis à l'hôpital pour symptômes marqués d'obstruction urinaire, augmentation considérable de la prostate. Prostatectomie supra-pubienne.

Examen : kyste de 1 cm rempli de sang ancien et situé dans le lobe médian de la prostate.

Coupe : nombreux accini dilatés. Certaines des parois du kyste étaient en voie de rupture et en voie de coalescence pour former des kystes plus grands.

CAS 11. — Homme de 43 ans, admis pour hématurie récente et rétention depuis six jours. L'examen cystoscopique révèle un col vésical contracté et une petite projection adénomateuse de tissu d'environ 1 cm, située à la face antérieure du col de la vessie. Cette petite masse fut enlevée au moyen du résectoscope de Braasch-Bumpus.

Examen histologique : kyste multiloculaire, type du kyste par rétention.

CAS 12. — Homme de 41 ans, admis pour brûlures le long de l'urèthre au moment de la miction ; polyurie nocturne. La cystoscopie montra un kyste « d'environ la dimension de l'extrémité du petit doigt » qui naissait du lobe latéral gauche de la prostate. Ce kyste fut détruit par fulguration à travers le cystoscope. Intervention qui amena la disparition complète de tous les symptômes.

CAS 13. — Homme de 56 ans, admis pour brûlures à la miction, sensation présente depuis deux ans et se trouvant actuellement associée à une difficulté de la miction à un tel degré qu'il était parfois nécessaire de pratiquer le cathétérisme. La cystoscopie révéla une masse d'apparence kystique de 2 cm. environ de diamètre. Celle-ci fut enlevée au résectoscope.

CAS 14. — Homme âgé de 20 ans. Vient à l'hôpital pour examen général, n'a jamais présenté de symptômes urinaires. Au cours de l'examen rectal, on découvre un kyste d'environ 2 cm qui fut palpé dans le lobe gauche de la prostate. Aucun traitement ne fut essayé. Huit ans plus tard, le patient revient pour un nouvel examen. Pendant tout cet intervalle, il ne s'était manifesté aucun symptôme urinaire. A cette occasion, le T. R. révéla une prostate normale sans la moindre trace du kyste.

A la limite de ces cas typiques, nous trouvons deux observations du plus haut intérêt. La première est celle du Professeur Marion, elle a été rapportée par l'auteur incidemment, à la séance du 20 décembre 1926 à la Société d'Urologie ; à la suite de la communication à cette société par Papin et Verliac de leur observation : la voici intégralement, telle qu'on la trouve dans le *Journal d'Urologie* :

« A titre de documentation, dit le Prof. Marion, je rapporterai un cas d'épithélium kystique végétant, observé à l'hôpital Lariboisière. Le malade, âgé, très fatigué, présentait une prostate volumineuse, régulière, mais mal limitée et nettement fluctuante. J'avais d'abord pensé qu'il s'agissait d'un abcès bombant vers le rectum. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un kyste hématique assez important rempli de végétations épithéliomateuses. Il ne s'agit pas là d'une lésion de même nature que celle du malade précédent mais ce cas prouve que des formations kystiques végétantes peuvent exister au niveau de la prostate, tantôt bénignes, tantôt malignes. »

Cette observation nous conduit à mentionner deux autres cas de formations kystiques rapportées par Banrringer, dans le journal américain de chirurgie, de 1933, sous le titre d'adénocarcinome papillaire intra-kystique de la prostate et kyste bénin de la prostate... les voici résumés :

1^{er} cas : « Memorial hospital » 41 533.

A. L., âgé de 59 ans, admis le 13 mai 1930. — Mécanicien, antécédents pathologiques : maladies habituelles de l'enfance, fièvre typhoïde à 19 ans.

La maladie actuelle remonte à deux ans et débuta par : hématurie importante avec rémission devenue plus abondante depuis deux mois.

Pas de dysurie, ni de pollahurie ni d'amaigrissement. L'examen clinique montra : une urine renfermant microscopiquement du sang, le patient avait 60 cc. de résidu.

Le T. R. révéla une prostate de la grosseur d'une orange, kysteuse au toucher, avec une masse très dure sur le sommet de l'ensemble et avec un sommet dur du côté droit. La cystoscopie montra une vessie trabiculaire avec quelques petites masses papillomateuses dans l'urèthre prostatique. Un cliché du rachis et du bassin ne révéla pas de métastases typhiques. Une ponction de la masse kysteuse par une aiguille introduite par voie rectale et guidée par le doigt ramena environ 40 cc. de liquide de couleur franchement sanguine, contenant quelques fragments d'un tissu cellulaire mou.

Le T. R. pratiqué après cette évacuation montra l'existence de petits nodules dans la paroi du kyste.

Le diagnostic après l'examen anatomo-pathologique du liquide fut celui « d'adénocarcinome ».

Intervention : ouverture de la vessie par taille ; muqueuse vésicale normale. Le lobe médian de la prostate était développé et se confondait avec les lobes latéraux. Les trois lobes furent enlevés et on pénétra dans une cavité kysteuse $8 \times 6 \times 4$ qui fut ouverte et qui s'étendait vers le haut, derrière la vessie et dans laquelle se trouvait une tumeur papillomateuse qui fut extirpée. On plaça trois tubes de radium filtré par 1,2 mm d'argent au total 164,7 mm et on les laissa pendant neuf heures.

On ferma ensuite la vessie et on laissa un tube de drainage. Après l'opération, le malade eut des vomissements abondants qui persistèrent après quelques intervalles de rémission.

Sérum physiologique et sérum glucosé furent administrés à forte dose par toutes les voies.

Un hoquet tenace succéda aux vomissements et le malade mourut en état d'urémie le dixième jour de l'opération.

L'examen histologique d'un fragment de la pièce opératoire et d'un fragment du kyste montra qu'il s'agissait d'un adénocarcinome intra-kystique volumineux et confirma le diagnostic.

L'auteur conclut que cette tumeur de la prostate telle qu'elle se présentait dans son cas n'a jamais été décrite, mais s'il avait pris connaissance du cas de M. Marion, il aurait été moins catégorique.

2^e cas. — Kyste massif bénin de la prostate.

« Memorial Hospital, » 43 543.

J. O. C., 57 ans, admis à l'hôpital, le 11 octobre 1931, pour : écoulement goutte à goutte à la fin de la miction. Pollakiurie nocturne trois à quatre fois ; diurne toutes les 1 h. 1 2. Dysurie.

Léger amaigrissement accompagné d'asthénie.

Jamais d'hématurie.

Examen clinique : 60 cc. de résidu ; urine claire.

Cystoscopie : vessie et prostate normales à l'exception d'une légère proéminence du lobe médian.

T. R. masse au niveau de la prostate dont le sommet ne pouvait pas être atteint, régulière, lisse tendue, kysteuse au toucher.

Anesthésie rachidienne. - Aspiration du liquide kystique par voie périnéale. Disparition du kyste de même que du résidu.

L'examen du liquide kystique ne montra pas la moindre cellule cancéreuse. Au bout d'une semaine, le kyste s'était de nouveau rempli. Plus tard on ponctionna le kyste et on injecta de l'acide phénique, mais sans résultat car le kyste s'étant rempli de nouveau et l'on se décida d'opérer le malade. Ouverture de la vessie, du lobe médian de la prostate et du kyste dont le contenu fut évacué. Et l'on constata qu'il s'agissait d'un simple kyste avec une paroi lisse.

Un fragment de cette paroi fut prélevée en vue de l'examen histologique. Le kyste adhérait à la paroi de la vessie et s'étendait environ à 5 cm derrière la paroi de la vessie : une incision fut pratiquée dans la ligne médiane, à travers la paroi du kyste dont la cavité fut ainsi mise en communication avec la cavité de la vessie. Suture de bords de l'incision, drain et fermeture.

Convalescence sans incident, quatre semaines après, guérison complète, plus que 20 cc. de résidu d'urine claire.

Examen histologique du fragment prélevé. Pas la moindre trace de dégénérescence néoplasique, mais le malade, revu deux mois plus tard, présentait de la rétention avec résidu important et un calcul de la vessie qui fut érasé. A l'aide d'un cystoscope approprié on réséqua la paroi inférieure du col vésical.

L'examen d'un fragment prélevé montra alors au grand étonnement de l'auteur qu'il s'agissait d'un adénocarcinome. Traitement par radiumthérapie. Le malade se porte bien pendant six ans et mourut d'une maladie intercurrente.

Cette observation est du plus haut intérêt, car elle montre que le kyste de la prostate même bénin au début, peut être aussi, comme

bien d'autres tumeurs bénignes, le siège de dégénérescence cancéreuse et que les malades atteints de kystes bénins de la prostate doivent être suivis pendant longtemps pour déceler l'évolution ultérieure de l'affection qui peut devenir maligne, alors même qu'elle a présenté tous les caractères de la bénignité. La transformation du liquide kystique en liquide hémorragique serait un signe de transformation néoplastique.

Depuis 1936, malgré de patientes recherches dans tous les périodiques que nous avons pu trouver, il ne nous a pas été possible de relever un seul cas. Les circonstances actuelles ayant restreint les échanges intellectuels sont peut-être responsables de cette lacune qui ne tardera pas à être comblée, souhaitons-le.

Symptomatologie et diagnostic.

Instruits par ces observations, il nous est plus facile maintenant en utilisant les différents éléments cliniques qu'elles nous ont fournis, d'essayer d'esquisser un tableau succinct de la symptomatologie habituelle des kystes de la prostate.

Ces symptômes sont variables, allant depuis un silence clinique complet, une complication, la rétention aigüe, comme chez notre premier malade.

En réalité, les symptômes produits par un kyste de la prostate sont uniquement l'expression de difficultés mécaniques.

a) Par conséquent, quand il s'agit d'un petit kyste glandulaire, n'ayant pas atteint une dimension suffisante ou une position « stratégique » favorable pour produire l'obstruction ou la compression, ils peuvent passer inaperçus, ou s'ils occasionnent des troubles urinaires quelconques, ceux-ci sont mis sur le compte d'une autre affection, en particulier de l'adénome péri-urétral. Leur participation dans la production des symptômes urinaires observés est douteuse.

Par contre, les petits kystes congénitaux de l'utricule prostatique sont susceptibles de provoquer, surtout chez l'enfant des rétentions d'urine. Au point que M. le Prof. Marion conseille de penser toujours à ces kystes chez un jeune enfant atteint de rétention d'urine (cas de Baradulin).

b) Quand le kyste augmente de volume et commence à obstruer la région du col vésical, il peut produire des accidents d'obstruction caractéristiques... tels que envie impérieuse d'uriner, miction difficile et fréquente, pollahiurie qui peut être diurne et surtout nocturne, par suite de la congestion des voies urinaires. De quelle manière débudent ces accidents ? Chez certains, par des phénomènes douloureux... le malade de M. Legueu avait la sensation « d'un poids lourd dans le ventre ». Le malade de Knnofreld avait des érections et des éjaculations douloureuses ; celui de Michalow eut, à partir de 13 ans, des « pollutions douloureuses accompagnées de céphalées intenses ».

Chez d'autres malades ce sont les manifestations urinaires qui

ouvrent la scène d'emblée et occupent la première place de l'histoire clinique de la maladie.

Chez notre premier malade, il nous a été impossible de préciser le début de l'affection, et nous avons appris par l'interrogatoire, qu'elle a débuté d'emblée par une rétention aigüe d'urine, qui fut traitée par une cystoscopie... Chez le deuxième au contraire, les troubles ont commencé par des troubles de la miction, de la pollahiurie qui se sont installés progressivement pendant six mois ; le malade ne fit jamais de rétention d'urine.

Le plus souvent, le malade commence par de petits accidents de prostatisme et finit par une rétention plus ou moins complète. Chez ces malades la miction devient ou impossible ou très douloureuse, précédée de violents efforts et une longue attente annonce l'émission de quelques gouttes d'urine (Burchhardt).

Certains malades, lorsqu'ils viennent consulter, sont au dernier stade de l'évolution et des phénomènes généraux commencent à entrer en scène, se traduisant par un affaiblissement de l'état général, parfois aussi des troubles gastro-intestinaux (malades de Legueu, de Catano). La vessie peut être alors distendus, remontant jusqu'à l'ombilic (Liebi). Les reins peuvent être touchés et sont douloureux à la palpation. Quelquefois c'est un symptôme unique qui ouvre la scène et reste seul signe jusqu'à la fin de l'évolution. Dans le premier cas, cité par Emmett « sensation de brûlures éprouvées en urinant présenté depuis deux ans ».

D'autres fois, c'est un écoulement séro-purulent ou hémorragique qui attire l'attention (cas de Ssemajaho-Halloch). On peut rencontrer également de l'hématurie. Quand le col de la vessie n'est pas obstrué, mais que la situation du kyste produit de la tension dans la capsule prostatique, on peut observer une douleur prostatique et de la douleur urétrale.

Dans certains cas, le kyste fut diagnostiqué cliniquement. Le patient ne présentait aucun symptôme et le kyste fut découvert au cours d'un examen rectal. Dans une observation d'Emmett, le malade présentait une hématurie et une rétention presque complète.

c) Dans les cas de kystes extrêmement volumineux, les troubles de compression seront au maximum, aussi bien du côté des uretères que du côté de la vessie et du rectum.

En résumé, on peut dire que les kystes de la prostate ne provoquent pas des symptômes caractéristiques et ont une symptomatologie polymorphe.

Diagnostic : guidé par certains symptômes urinaires, le diagnostic peut s'orienter vers la prostate et se préciser par les moyens habituels d'exploration.

D'abord le toucher rectal nous permettra de constater que la prostate est indolore, de volume moyen et lorsque le kyste s'est

développé dans la région postérieure de la glande on perçoit une masse lisse, rénitente, donnant suivant l'épaisseur des parois la sensation de fluctuation. On parvient quelquefois à la délimiter, et on constate alors que la prostate en dehors de la tumeur est normale.

Dans notre premier cas, le T. R. montra à M. Gouverneur « une tumeur globuleuse dont le bord inférieur est net et le bord supérieur inaccessible » du volume d'une grosse orange. Dans le deuxième cas, on trouvait une tumeur ferme, élastique légèrement tendue, limitée dans un prolongement dans les parties latérales et hautes. Pas de cornes prostatiques.

Dans le cas de Kornfeld, la tumeur fut distinguée par le simple toucher rectal et par le simple massage énergique il obtint la déchirure du kyste qui entraîna un écoulement séro-sanguinolent et le rétablissement du cours de l'urine.

En résumé, le T. R. montre une prostate volumineuse régulière sans bosselure et quelquefois une masse lisse, renitente et parfois fluctuante se détachant du reste de la prostate dans laquelle elle se trouve pour ainsi dire incrustée.

L'uréthroscopie et la cystoscopie peuvent être d'un grand secours pour le diagnostic « de visu » et de distinguer un kyste de l'utricule d'un kyste de la glande prostatique. C'est l'uréthroscopie postérieure qui permet à Michalow de faire le diagnostic d'un kyste de l'utricule et à Papin d'éliminer cette variété au moyen d'une sonde « dans l'utricule légèrement ouvert, j'introduis une sonde métallique qui ne pénètre que de 5 à 6 cc. facilement. Il ne s'agit donc pas d'un kyste de l'utricule ».

La cystoscopie est un temps capital de l'examen, car elle peut apporter des arguments décisifs. Ainsi Berckhardt fit son diagnostic à l'aide du cystoscope « juste au niveau du fond vésical, à peu près dans la région voisine de l'orifice urétral, apparaît une tumeur de la grosseur d'une noix paraissant recouverte d'une muqueuse gris-rosée... »

Dans l'observation du Prof. André, la cystoscopie montra « sur la lèvre antérieure du col une saillie ayant l'aspect d'un polype à bord large » mais en raison de l'insertion de cette production sur le col même, le cystoscope ne permet pas de se rendre compte de sa nature. Avec l'urethroscopie on distingua l'aspect réel « sur le bord antérieur du col et se prolongeant un peu dans l'urèthre une saillie hémisphérique d'aspect bleuâtre, comme si une muqueuse très mince recouvrait une collection liquide vue par transparence ». Dans ce cas, l'examen endoscopique orienta le diagnostic et l'auteur put écrire : « il paraît bien s'agir d'une production kystique ». Dans le cas de Roberts, l'auteur observa « une élévation du trigone du côté droit de la vessie par une masse extra-vésicale ».

La cystoscopie entre les mains de Hamoenr permet aussi de faire le diagnostic : « on découvre, dit cet auteur, une tumeur bombant à

partir du bord antérieur de l'orifice vésical : tumeur lisse et luisante paraissant au contact du cystoscope comme étant molle ».

Pour Graves, l'examen cystoscopique montra « une proéminence marquée, surtout à gauche, presque kysteuse d'aspect, la surface en étant lisse et recouverte de muqueuse normale ».

Quand le bec du cystoscope est placé derrière le kyste, le diagnostic devient possible par la transillumination comme dans le cas rapporté par Lazarus.

Dans un des quatorze cas rapportés par Emmett, la cystoscopie révéla « un kyste d'environ la dimension de l'extrémité du petit doigt », dit l'auteur.

Pour compléter notre examen, nous pourrions aussi recueillir quelques renseignements sur le siège de la tumeur, par l'explorateur à boules qui fera parfois sentir une résistance élastique dans la région prostatique de l'urèthre, région dans laquelle les rétrécissements sont rares.

La ponction par voie rectale en se guidant par le doigt permet quelquefois de faire le diagnostic et même pour certains auteurs a été utilisé comme procédé thérapeutique (cas de Salunjaho). Mais ce procédé est à proscrire en égard aux dangers d'infection, et serait formellement contre-indiqué dans le cas où le diagnostic est encore hésitant et on peut ainsi ponctionner un kyste hydatique.

Dans le cas où, en dépit de tous les examens, le diagnostic est impossible, on aura recours à la cystostomie sus-pubienne, qui rendra le diagnostic aisé et sera un premier temps de la cure radicale.

Le diagnostic différentiel se discutera avec toutes les affections de la région prostatique qui sont susceptibles de donner lieu à des symptômes cliniques superposables. C'est d'abord l'adénome périnurétral, affection si fréquente et à laquelle on ne peut s'empêcher d'y penser chaque fois que l'on est en présence d'un syndrome urinaire.

On tiendra donc compte de l'âge du malade ; en effet, le malade de Thompson avait 9 ans $\frac{1}{2}$, celui de Abbe, 35 ans, Böhnhardt avait à soigner un homme de 51 ans, Kornfeld, de 31 ans ; Leguen avait un malade âgé de 44 ans ; Lazarus, 19 ans ; Michalow, 25 ans ; Halloch, 19 ans ; mais cette notion n'a rien d'absolu, car dans d'autres cas, ceux d'Emmett, de Papin, de Malou, les malades avaient plus de 60 ans.

Donc, malgré l'intérêt de la notion d'âge, le diagnostic est parfois d'une très grande difficulté, et dans un grand nombre de cas, c'est un diagnostic post-opératoire.

On peut arguer que, dans l'adénome prostatique, la prostate est toujours augmentée de volume... mais alors que fera-t-on des prostatiques sans prostate ? En réalité, le T. R. peut donner des indications intéressantes et des éléments positifs comme nous l'avons vu précédemment dans les cas bien nets, mais quelquefois il ne permet pas de trancher le dilemme. L'explorateur à boule olivoire peut donner

certaines renseignements en vue d'hypertrophie, on comptera, en effet, la longueur et les déformations de l'urèthre prostatique... un kyste bombant dans le canal ne donnera pas une sténose aussi serrée que celle de l'adénome et la sensation de résistance est souvent plus fugace et plus facile à vaincre.

L'uréthroscopie et la cystoscopie avec les résultats intéressants et différents qu'ils donnent dans l'un et l'autre cas permettent quelquefois de résoudre la difficulté.

De plus, les kystes prostatiques vrais ne doivent pas être confondus

De plus, les kystes prostatiques vrais ne doivent pas être confondus avec certains petits kystes inflammatoires superficiels, petits, multiples et si souvent trouvés dans l'urèthère prostatique et associés à une urétrite chronique de longue durée.

Des kystes à parois épaisses sont quelquefois considérés par erreur, comme tumeurs de la prostate comme il arriva dans les deux cas rapportés par Kayes et que l'auteur traita par radiothérapie comme s'ils étaient des tumeurs néo-plasiques.

Il suffira de penser, pour les éliminer, aux rétrécissements congénitaux de l'urèthère prostatique devant un tableau de rétention... Ils ne fournissent pas la même sensation de résistance, et lorsqu'on les explore à l'aide d'un explorateur à boules et à l'aide de l'uréthrocystoscopie, il est aisé de les rejeter.

L'anamnèse permettra de reconnaître facilement les autres variétés de rétrécissement.

Les calculs vasaux se reconnaîtront aux douleurs qu'ils provoquent aux antécédents, aux symptômes urinaires particuliers qu'ils engendrent (tels que arrêts brusques de la miction, douleur exagérée terminant l'émission d'urines, influence favorable du repos prolongé) ; enfin et surtout les hématuries. La cystoscopie infirmera ou confirmera un diagnostic hésitant.

De même, les calculs et les caillots de l'urèthère sont aussi faciles à éliminer.

D'autre part, une diverticule, et Englisch a été le premier à attirer l'attention sur ce fait, risquerait d'être pris pour un kyste situé entre la prostate et la paroi antérieure du rectum. Mais un examen cystoscopique soigneux, joint à une palpation de la prostate par voie rectale, après avoir pris la précaution de vider la vessie par cathétérisme, permettra d'éviter habituellement de pareilles erreurs. Si nécessaire on complétera l'examen par une cystographie. On devra penser aussi aux prostatites aiguës, mais le tableau est tout à fait autre. Il est marqué par de la température, des frissons, une langue saburrale. Du ? et des mictions très douloureuses. Au T. R. la

prostate est douloureuse, en même temps que rénitente ; elle est plus ou moins augmentée de volume. En cas de suppuration, sa consistance paraîtra modifiée, elle deviendra molle et dépressible.

Les prostatites chroniques ont une toute autre symptomatologie

et ne peuvent pas induire en erreur. La glande au toucher, présente des zones de dépressibilité sur les bords desquels on sent des indurations. Les urines renferment souvent des filaments et l'expression de la prostate fait sourdre un liquide caractéristique différent de celui qui fut obtenu par certains auteurs dans le cas de kyste de la prostate (Ssemanjaho).

La tuberculose de la prostate rarement isolée, est ordinairement associée à celle de l'épididyme et des vésicules séminales. On palpera donc toujours épididyme et testicule et au T. R. on trouvera dans la prostate des points indurés à côté d'autres points ramollis. Les vésicules sont mollasses. On pensera aussi au kyste hydatique isolé de la prostate dont plusieurs cas ont été rapportés ces dernières années (Kinibul 1938, 2 cas ; Placitelli ; Liahkhowsky). Certains auteurs nient l'existence du kyste echinococcique isolé de la prostate ; toutefois son diagnostic sera aisé par les réactions classiques qui lui sont spécifiques de fixation et de déviation au complément.

Dans certains pays (Égypte, Tunisie), on pensera aux kystes bilharziaques de la prostate dont certains cas ont été rapportés ces dernières années (Cerqua). Dans ces cas très rares, les lésions de la prostate ne retiennent cliniquement que peu d'intérêt, à cause des graves altérations concomitantes de la vessie, des uretères et du rein. Enfin, on pensera au cancer de la prostate et c'est un point capital de l'examen... On se rappellera que cette affection se révèle cliniquement par des douleurs souvent précoces, qu'elle provoque des hématuries initiales et qu'elle s'accompagne d'adénopathie parfois perceptible dans la région inguinale, des troubles de la défécation dont elle est la cause.

Le cathétérisme peut retirer un peu de sang. Enfin, le T. R. précisera le diagnostic en nous faisant sentir une prostate de résistance ligneuse lobulée, dont les bords sont difficiles à délimiter et ayant presque disparu... Dans les cas difficiles l'uréthro-cystoscopie peut rendre des services. Nous ne voulons pas terminer ce paragraphe sans attirer l'attention sur la possibilité de la coexistence du cancer et du kyste et quelquefois de la succession dans le temps et dans l'espace. Comme l'ont montré les cas cités par M. le Prof. Marion et M. Barringer. Dans l'observation du Prof. Marion il s'agissait d'un kyste hématique assez important, bombant dans les rectumet qui, à l'autopsie se montra rempli de végétations épithéliomateuses.

Les deux cas rapportés par Barringer en 1933, sont du plus haut intérêt. L'un est celui d'un kyste développé comme un simple kyste bénin ; contenait 130 cc. d'un liquide, franchement sanguin. A l'intervention, après énucléation des trois lobes de la prostate on pénétra dans une cavité kysteuse qui s'étendait vers le haut, derrière la vessie et dans laquelle se trouvait une tumeur papillomateuse qui fut extirpée et traitée en vain par radiumthérapie locale. Le malade

ne tarda pas à succomber. Il s'agissait d'un adéno-carcénome intrakystique.

Le deuxième cas est celui d'un kyste bénin dont le liquide fut aspiré une première fois par ponction périnéale et ne montra pas la moindre cellule cancéreuse ; le liquide s'étant rapidement reformé on ponctionna une deuxième fois et on injecta de l'acide phénique sans plus de résultat... le liquide s'était reformé. On se décida à intervenir et le malade parti guéri. Mais revu deux mois plus tard, il présentait une rétention d'urine avec nouveau résidu important. On opéra de nouveau et on préleva un fragment qui, cette fois-ci montra, au grand étonnement de l'auteur, qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome.

Ces deux cas sont rares, le dernier est peut-être unique, le premier ressemble à celui cité plus haut observé par le Professeur Marion.

L'auteur conclut que ces « kystes doivent avoir pris naissance dans l'occlusion d'un canal prostatique ou d'un certain nombre de ceux-ci, et le lent développement de cette occlusion a donné naissance à ces deux grands kystes, mais il est impossible de déterminer pourquoi l'un d'eux commence une croissance d'emblée maligne et l'autre une croissance d'abord bénigne ».

Cette observation, sur laquelle nous avons insisté volontairement montre que les kystes de la prostate, comme tous les kystes, peuvent être, rarement, il est vrai, le siège de dégénérescence néo-plasiques, et ceci nous conduit à une conséquence pratique, mes malades soignés pour kyste de la prostate doivent être suivis longtemps pour diagnostiquer à temps une évolution maligne. Parmi les signes de dégénérescence néo-plasique il faut retenir la transformation du liquide kystique plus ou moins clair en liquide hémorragique.

PATHOGENIE

Quelle est la cause qui est à l'origine de ces formations kystiques que nous venons d'étudier ?

Pour certains de ces kystes, la cause est à peu près certaine, pour d'autres on est réduit à formuler des hypothèses qu'on ne peut pas encore étayer par des faits irrécusables. En effet :

Certains des kystes qui ont été rencontrés sont incontestablement d'origine congénitale. Le cas de Legueu et Verliac en est un exemple : le kyste de leur malade est situé dans une prostate complètement saine, en dehors des points contigus au kyste et qui paraissent altérés par simple compression ; la prostate n'est ni adénomateuse, ni scléreuse. D'autre part, la paroi kystique ne ressemble en rien à un accini glandulaire dilaté d'une façon ou d'une autre. On est conduit donc à admettre en raison du siège et de la structure et des relations intimes qui unissent ce kyste à la paroi inférieure de

l'urèthre prostatique qu'on peut attribuer sa formation à une anomalie dans la formation du sinus oro-génital à l'inclusion d'un diverticule de ce sinus, contemporain de la formation de l'urèthre prostatique.

D'autres kystes congénitaux peuvent résulter de l'oblitération de l'orifice urétéral de l'utricule prostatique. Ils peuvent évoluer de deux manières différentes soit du côté de l'urèthre, formant parfois une saillie pédiculée dans sa lumière, soit du côté de la prostate pouvant alors acquérir un assez gros volume.

Le liquide de ces kystes contient des éléments cellulaires et des masses granuleuses.

L'examen histologique montre bien que leur paroi est celle de l'utricule tantôt tapissée par un épithélium cylindrique, tantôt par un épithélium plat.

Halloch (1931) a rapporté le cas d'un gros kyste congénital postérieur à la prostate, et qui était relié à l'utricule prostatique par un canal qui passait à travers la substance de la glande prostatique. Il admettait que ce kyste avait dû naître des reliquats des canaux de Muller.

D'autres auteurs disent plus généralement des canaux de Muller ou des canaux de Wolff.

Encore plus rares sont les kystes congénitaux en liaison avec le tractus génital et contenant des spermatozoïdes. Huggins rapporte la présence d'un pareil kyste et affirme que c'est le troisième dans toute la littérature.

Dans les 14 cas publiés par Emmett et Braasch, un seul fut envisagé comme étant d'origine congénitale.

Il résulte de ces faits, que c'est le kyste glandulaire par rétention qui est le plus commun et de beaucoup. Il peut naître de n'importe quelle portion de la prostate, qu'il naisse d'un groupe de glandes sous le trigone, ou d'un groupe de glandes formant un lobe latéral, la méthode de formation est essentiellement la même. Le kyste, en effet, n'est pas autre chose qu'un acinus prostatique normal limité par un simple épithélium stratifié, dont la sortie pour une raison ou une autre se trouve bouchée, forçant ainsi l'acinus à se distendre. En raison de cette dilatation, l'épithélium s'amincit et à l'examen microscopique la paroi interne se trouve limitée par un épithélium pavimenteux. Si le kyste est situé près de la surface de la prostate et qu'il ne projette dans la lumière urétrale ou vésicale, il va sans dire que le kyste sera recouvert par la muqueuse correspondante, un côté du kyste est toujours bien inclus dans le tissu prostatique.

La formation des kystes n'est pas toujours une conséquence de ce mécanisme. Certains auteurs ont vu de nombreuses coupes où les parois des accinis voisins dilatés avaient cédé et s'étaient rompus dans le premier dilaté proéminent ainsi un grand kyste. Un gros kyste est donc la conséquence de la rupture de multiples accinis dilatés ou de petits kystes.

Il est à se demander si ce n'est pas le même processus qui se produit dans le tissu adénomateux en donnant ces multiples petits kystes transformant la prostate en une « véritable éponge » comme dans le tissu prostatique normal. Se fondant sur cette opinion, Emmett et Braasch proposent de rejeter le terme « adénome kystique » et de ne plus parler que des « kystes par rétention ».

On pourrait ajouter qu'il est quelquefois bien difficile de distinguer un accini prostatique fortement dilaté avec un petit kyste. Il n'existe pas de ligne de démarcation nette, et chaque histologiste interprète suivant son impression.

En parcourant le matériel de la clinique Mayo, Emmett et Braasch ont été frappés du grand nombre de cas où l'on rencontrait de petits kystes prostatiques. Certains de ces kystes se projetaient dans la lumière de l'urèthre ou de la vessie, mais beaucoup étaient profondément inclus dans le tissu prostatique. L'examen manoscopique d'une coupe de la prostate montre souvent un lacis ou une disposition en rayons et à l'examen histologique révèle de multiples petits kystes d'accinis dilatés. A cause de la fréquence de ces petits kystes, les auteurs américains que nous avons cités plus haut ont rapporté 14 cas où les dimensions du kyste variaient entre 0 cm 75 et 2 cm.

D'après les anciens auteurs, l'oblitération du conduit glandulaire serait d'origine inflammatoire. Mais à l'heure actuelle on tend à penser que cette oblitération est plus ou moins congénitale et souvent on ne trouve aucune trace d'inflammation ancienne ou récente qui puisse expliquer. On pourrait penser que certaines cellules glandulaires des culs de sac ont une tendance congénitale à profiler et à former ainsi des cavités kystiques de plus en plus grandes.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne nous est pas possible de nous prononcer sur la pathogénie de certains kystes. Ainsi, celui qui est rapporté par Castano, observé sur un sujet diabétique, est considéré par cet auteur comme dû à une hémorragie intra-prostatique liée au diabète.

Exceptionnellement, l'utricule prostatique lui-même, sous l'influence d'une poussée inflammatoire blennorragique surtout, peut s'oblitérer et constituer un kyste acquis par rétention. Une étude relativement détaillée sur l'étiologie des kystes, associée avec le cancer de la prostate, est comprise dans une étude récente de Blanc ; cet auteur mentionne deux possibilités :

- a) le kyste peut être secondaire au cancer de la prostate ;
- b) le kyste peut être primitif et subir la dégénérescence maligne à une date ultérieure, cette possibilité est plus rare que la première.

Le kyste vu par Home, qui communiquait avec la vessie et dont la paroi était analogue à la paroi vésicale, ne doit pas nous retenir longtemps, car il s'agissait selon toute logique d'un diverticule de la vessie.

Si on passe maintenant à l'étude lymphangiomes kystiques, signalés par Liebi, étudiés par Rechel, Ribbert et Borst, on peut dire que leur origine congénitale est fort probable. Ce n'est pas un effet mécanique de pression et de sus-distension qui produirait la dilatation kystique, car alors l'endothélium serait modifié et endommagé, ce qui n'est pas le cas.

Signalons enfin que la pathogénie du cas d'adénome kystique végétant, rencontré par Papin, n'est pas facile à déterminer. Cette variété de tumeur que l'on rencontre quelquefois au niveau du sein et du rein, n'a jamais été rencontrée dans la prostate. Elle s'est développée dans une glande en activité et est peut-être susceptible d'extension sur les cavités prostatiques voisines des cavités kystiques montrant une tendance à la dilatation, et le fait qu'il existe des prolongements, dans les cloisons inter-kystiques des glandes prostatiques semble indiquer le caractère extensif du processus.

L'affaiblissement du tonus de la glande et de ses conduits excréteurs, la diminution de la capacité de contraction à partir d'un certain âge surtout, jouent peut-être aussi un rôle dans la pathogénie de certains kystes.

Des cas de kystes dans le tissu conjonctif entre la prostate et la vessie, au niveau des aponévroses ont été décrits (Denonvilliers). Ils seraient probablement le résultat d'un développement irrégulier de la partie inférieure des canaux de Muller, ou d'un isolement de lobules du tissu prostatique ; un tel cas aurait été observé d'après Ssermenjaho, par le Professeur Fronstein, à l'Institut vénéréologique de Moscou. Thorel pense que le siège électif de ce tissu glandulaire aberrant se trouverait au niveau du ligamentum interutricum. Kuster a observé un tel tissu de la prostate qui s'était isolé dans la période du développement du fœtus, dans le territoire du plancher de la vessie. Luschka a décrit un cas de tissu prostatique avec corps amyloïde sur la face postérieure du penis.

Borminghans, pratiquant des « vésiculogrammes seminales retrogrades », décrit de tels kystes siégeant dans le tissu conjonctif entre la paroi postérieure de la vessie et la paroi antérieure du rectum. Ceux qui sont situés latéralement sont supposés par Lazarus de prendre naissance des restes du corps de Woldd ou plus souvent des formations sacciformes ou des diverticules des parties distales du « Vasadeferen » ; Emmerich décrit un kyste dû à la stricture du vas deferens.

Englisch croyait que la plupart des kystes de la prostate sont d'origine congénitale et qu'ils sont dus à des adhérences des lèvres du sinus proculaire. En effet, il pensait que beaucoup de nouveau-nés ont de tels kystes à la naissance et que ceux-ci se rompent spontanément avec la première émission d'urine. Selon cet auteur, ce ne sont que des adhérences des sinus proculairis qui déterminent

les kystes les plus durables de l'utricule chez des nourrissons et qui provoquent de graves lésions de l'appareil urinaire.

Pour Zucherhaude, il se trouve dans le tissu de l'urèthre des amas de mucus, qui dans les cas pathologiques où ils sont nets, produisent des cavités kysteuses, à cause des cellules avoisinantes.

Pour Velpeau, une goutte de sérum sanguin pourrait parvenir, pour une raison quelconque, dans le parenchyme de la prostate et produire une petite cavité qui, se développant et s'agrandissant, exercerait une pression sur le tissu avoisinant et formerait le kyste.

Ces opinions, qui sont de simples vues de l'esprit, sont d'un intérêt simplement historique et nous ne les avons citées que pour être aussi complet que possible.

L'étude de la pathogénie, telle que nous venons de la faire, n'explique pas les raisons pour lesquelles les kystes de la prostate sont une rareté clinique. En effet, comment se fait-il qu'au niveau du sein, les kystes sont relativement si fréquents et qu'au niveau de la prostate ils sont pour ainsi dire l'exception ? N'est-ce pas parce que le tissu conjonctif du sein est un tissu lâche, ne subissant aucune pression extrinsèque et que le système canaliculaire est très étendu, alors qu'au niveau de la prostate, différents aponévroses venant de la base de la vessie et de l'aponévrose de Denonvilliers, l'encapsulent et que les canaux prostatiques sont relativement plus courts et moins étendus que ceux du sein, et ceci expliquerait la rareté du développement de grands kystes au niveau de la prostate (Barringer).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous allons essayer maintenant que nous sommes à même de faire le diagnostic clinique des kystes de la prostate, de mettre en évidence, en nous aidant des différentes observations que nous avons rapportées, les principaux caractères microscopiques de ces kystes.

Les dimensions sont très variables et sont en rapport avec plusieurs facteurs, dont le plus important est le siège.

En effet, parmi les kystes observés, soit à l'intervention, soit à l'autopsie, les uns siégeaient à la partie antérieure de la prostate dans la région préurétrale. C'était le siège du kyste observé par Legueu. Il est bien évident que cette position explique dans ces cas la rapidité avec laquelle s'installent les symptômes urinaires et la difficulté de leur diagnostic étant rarement accessibles, par le T. R. d'où l'explorateur à boules ou l'examen uréthro-cystoscopique qui permettraient de les déceler.

Les kystes de la partie postérieure de la glande les plus fréquents, siégeant à la partie supérieure de l'un ou l'autre lobe (telles les tumeurs enlevées par Abbe, Socin et Burchhardt). Ces tumeurs soulevaient la muqueuse vasicale.

D'autres kystes siègent à la partie inférieure des lobes glandulaires. C'est le cas du kyste rencontré par Le Dentu. Ces kystes donnent moins souvent que les précédents, lieu à des manifestations morbides excepté si le volume est suffisant. On peut enfin rencontrer ces tumeurs dans le lobe médian de la prostate (Englisch). Mais quelle que soit la hauteur où siègent ces kystes, le développement peut se faire, soit vers la région postérieure et de là vers le rectum, soit vers l'urèthre et la vessie. La tumeur rencontrée par Papin était postérieure et médiane et donnait plutôt lieu à des manifestations douloureuses et congestives (constipation-hémorroïdes) plus qu'à des symptômes urinaires.

Le volume de ces kystes est essentiellement variable et varie non seulement avec le siège mais avec le degré de développement dans le temps. Grosse orange dans notre premier cas, petite mandarine dans le deuxième cas... Certains sont encore plus énormes (Le Dentu, Castano). Mais le plus souvent, grosseur d'une noix, d'un raisin (Morgagni, Abbe, Burchhardt, Hamer), d'un petit pois (Dombeau), d'un haricot (Socin).

Parfois le kyste est vraiment énorme et dans un cas rapporté par Schmidt, il contenait 5 litres et remontait jusqu'à l'ombilic (cité par Ssemenjaho). Dans le cas d'Emmett et Braasch, les dimensions allaient de 0 cm 75 à 2 cm. La couleur est en général blanche rosé ou grisâtre. En général uniloculaire mais quelquefois on trouve des vestiges sous forme d'un repli semi-lunaire ou falciforme sur la paroi interne montrant que la cavité a été formée par la coalescence de deux kystes (Englisch, Desnos). Parfois le kyste pousse des prolongements s'étendant plus ou moins loin dans le cas rapporté par Lazarus, deux prolongements inférieurs contournaient l'urèthre.

Le contenu du kyste est toujours liquide, de consistance plus ou moins visqueuse, de couleur blanchâtre, grisâtre (Bürchardt), gris-jaune, hématique (H. Gouverneur, Halloch, Le Dentu, Despor, Castano), légèrement ambré (Lazarus), « eau de chair » (Ssemenjaho), quelquefois limpide (Prof. André). Parfois presque solide, « substance ressemblant à du mastic jaune brunâtre et adhérent au doigt, donnant l'impression d'une substance sébaccée ou graisseuse » (Duvergy).

L'examen du liquide montra qu'il est le plus souvent alcalin rarement on trouve des leucocytes, il n'est jamais purulent, peut contenir du mucus, quelquefois sa composition est tout à fait identique au produit de sécrétion normale de la glande prostatique (substance albuminoïde, euzyme, lécithino-substance alyloïde, cristaux de Bottcher, leucocytes, globules rouges, matières hyaline).

Au point de vue microscopique, on se trouve en présence d'une constitution histologique différente suivant l'origine des kystes. Ceux qui sont développés aux dépens d'un accini glandulaire, présentent en général une charpente conjonctive avec des fibrilles plus ou moins lâchement associés, contenant des cellules fusiformes et quelques

fibres élastiques, parfois même des fibres musculaires lisses. Cette charpente est tapissée par un épithélium cylindrique (Englisch, Desnos).

Le kyste qui a été étudié par Legueu et Verliac s'est révélé à l'examen microscopique d'une autre origine. Sa paroi externe est fibreuse et se confond avec le tissu prostatique scléreux qui l'entoure. Elle est formée de trousseaux fibreux et élastiques, concentriques. La paroi interne est formée par un épithélium plissé, épais, contenant de petites cellules mononucléées plus ou moins nombreuses, en plus, il est doublé d'un chorion. L'épaisseur de cet épithélium est formé de plusieurs couches de cellules pavimenteuses. Le chorion ne présente aucun élément glandulaire. Il s'agit donc bien, dans ce cas, d'un kyste congénital dermoïde et non glandulaire. L'aspect pavimenteux et particulier à cette variété de kyste se retrouve encore dans le cas de Burchardt. Cet examen anato-pathologique apporte dans ce cas, la preuve de l'origine congénitale et montre que ces kystes proviennent d'inclusions embryonnaires.

Le chorion, trois à quatre fois plus épais que l'épithélium est formé d'un mince réseau de fibres conjonctives, que marque en certains points, une quantité de cellules ayant l'aspect des mononucléaires.

Les kystes dermoïdes à épithélium pavimenteux plus rares que les kystes proprement glandulaires nous conduisent à étudier une autre variété encore plus rare puisqu'elle n'a été décrite que par Papin et Verliac en 1926. Il s'agit de ce qu'ils ont appelé « l'adénome kystique végétant de la glande prostatique ». Ici on trouvait à l'examen histologique des cavités kystiques vides, remplies seulement d'une petite quantité de liquide, et à côté d'autres cavités remplies par « des végétations de véritables bourgeons constitués par une prolifération conjonctive-glandulaire » formant, par endroits, un « tissu inter-glandulaire ». Cette tumeur bénigne, disent les auteurs, « est peut-être susceptible d'extension, car les cavités prostatiques montrent une tendance à la dilatation et le fait qu'il existe des prolongements dans les cloisons inter-kystiques, semble indiquer le caractère extensif du processus.

Les trois observations que nous possédons sur les lymphangiomes kystiques de la prostate, nous permettent de distinguer aisément cette variété de kystes glandulaires (Liebi et Reichel). Les lymphangiomes sont généralement multiples et ne communiquent pas entre eux, La ponction d'une masse kystique ne ramène que quelques gouttes de liquide (Reichel), mais une injection les remplit toutes car des vaisseaux et des lymphatiques plus ou moins volumineux les font communiquer.

L'examen microscopique de leur paroi et de leur contenu précisent infailliblement leur origine. En effet, il s'agit ici d'un tissu

conjonctif fibrillaire recouvert d'un endothélium lymphatique sur sa face interne bien facile à reconnaître sur une coupe.

Nous en arrivons maintenant à l'étude anatomo-pathologique des kystes de l'utricule prostatique. Le siège est ici toujours le même, c'est celui de l'organe aux dépens duquel ils se sont formés. Leur position est médiane entre les canaux éjaculateurs et se développent soit vers l'urèthre, soit le plus souvent en haut vers la vessie. Leur forme est parfois arrondie (Michailow), le plus souvent piriforme (Englisch, Springer). Leurs dimensions sont plus importantes et ne dépassent que rarement 2 cm. La paroi est mince et translucide, parfois épaisse et rougeâtre (Michailow). Ils sont fluctuants et contiennent généralement un liquide trouble, ou clair et séreux, dans un cas de Springer, le contenu était jaunâtre.

A l'examen microscopique : une couche externe est formée de tissu fibreux ou conjonctif avec des cellules fusiformes et portant à sa surface un épithélium pavimenteux (Michailow). Une couche moyenne plus épaisse, constituée par un tissu conjonctif plus ou moins serré, contenant des cellules fusiformes rondes et parfois quelques capillaires, une couche interne formée par une couche fibro-conjonctive à trame en général serrée, revêtue d'un épithélium pavimenteux ou cylindrique. La tumeur est souvent nettement séparée de la prostate et n'est reliée à elle et au veru montanum que par des conduits fibreux. Enfin, dans certains cas, une puissante assise épithélio-conjonctive recouvre sur le veru montanum la place qu'occupait normalement l'orifice utriculaire. En résumé :

L'examen anatomo-pathologique est d'un intérêt primordial d'abord pour élucider le diagnostic de la variété dans le cas d'un kyste de la prostate, ensuite, pour suivre l'évolution de cette tumeur qui peut être le siège d'une transformation maligne.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Les kystes de la prostate peuvent être la cause, comme l'ont montré les nombreuses observations que nous avons analysées dans notre travail, de troubles variables, dans leur intensité et leur évolution. Dans certains cas les troubles disparaissent après la simple évacuation par massage énergique de la prostate, comme dans le cas de Ssemenjaho. Dans un cas (cas 14) rapporté par Emmett et Braasch, le kyste a disparu de lui-même sans laisser de trace, mais à l'opposé de ces cas favorables, nous remarquons que dans d'autres, comme ceux de M. Gouverneur, et de M. Leguen l'issue a été fatale. Dans un autre cas de Barringer, l'évolution aboutit à la dégénérescence maligne. Ici comme partout ailleurs, en pathologie humaine, le vieux concept qui consiste à dire qu'il n'y a pas de maladie mais des malades, se trouve encore une fois confirmé. La clinique eut le

fichier des faits, et la question qui nous préoccupe elle aussi, n'a pas encore dépassé le stade de la classification.

Néanmoins, ces assertions quelque peu philosophiques, nous éloignent de notre sujet et nous avons plus d'intérêt à essayer de classer les faits qui nous ont été fournis par l'observation clinique qu'à vouloir les dépasser.

En effet, on peut remarquer que les kystes de la région péri-mithrale de la prostate, ceux qui sont voisins du col vésical et qui soulèvent la muqueuse de la vessie au voisinage de l'urèthre, évoluent rapidement et malgré leur petit volume aboutissent rapidement à la rétention d'abord incomplète, suivie de distension et parfois même de crises de rétention complète aiguë qui nécessite la dystostomie d'urgence. Les kystes de l'utricule peuvent provoquer les mêmes symptômes. Ceux qui naissent dans la partie post-inférieure évoluent moins rapidement. Les troubles de la défécation, les hémorroïdes, la constipation sont provoqués fréquemment par les kystes de la paroi postérieure de la prostate. Les collutions nocturnes (Michailow) et les éjaculations douloureuses, sont dues en général, à des kystes qui avoisinent les canaux éjaculateurs et les vésicules séminales, c'est le cas surtout des kystes de l'utricule.

Lorsqu'on est en présence d'un kyste à liquide hémorragique, on se méfiera de la dégénérescence maligne et on cherchera à la dépister par tous les moyens afin d'enrayer son évolution fatale.

En résumé, on peut dire qu'une fois reconnus, les kystes de la prostate doivent être opérés rapidement ; en raison des troubles graves qu'ils peuvent engendrer, témoin le cas rapporté par Americo Valerio, où un kyste de l'utricule a été jusqu'à déterminer un syndrome de péritonite généralisée. Après bien des erreurs de diagnostic prouvées par des interventions malencontreuses, une forte douleur à la pression au niveau de l'urèthre postérieure à travers la région périnéale attira l'attention sur cette région et une uréthroscopie fut pratiquée qui montra l'existence d'un kyste hémopurulent de l'utricule prostatique et qui fut ouvert par l'auteur par un stylet et cautérisé au nitrate d'argent. « Je ne pensais pas, dit Americo Valerio, que la cause du syndrome péritonéal était ce kyste purulent. Cependant, douze heures après son ouverture, l'état du malade commença à s'améliorer. » La guérison complète vint confirmer ce diagnostic.

TRAITEMENT

Il va sans dire que l'opération de choix est l'ablation complète du kyste, seule voie d'accès peut-être discutée. Néanmoins, plusieurs méthodes différentes ont été utilisées chez les malades atteints de kystes de la prostate.

Thompson a pratiqué la ponction par voie rectale chez un enfant de neuf ans, atteint de rétention aigüe et obtint la guérison.

Ssemenjaho pratiqua cette ponction dans un but thérapeutique et elle s'avéra efficace malgré que le liquide s'était reproduit un peu après la première ponction et ne disparut complètement qu'après la seconde ponction.

Cette méthode nous paraît néanmoins entièrement condamnable en raison de son efficacité douteuse, le liquide se reproduisant toujours et surtout eu égard aux dangers d'infection qui peuvent survenir (Craison Mily Wesson).

Komfeld a obtenu par massage énergique la déchirure du kyste, qui entraîna un écoulement séro-sanguinolent et le « rétablissement du passage libre de l'urine ».

Dans les cas rapportés par Emmett et Braasch, un kyste fut traité par fulguration et des autres par le resestoscope de Braasch-Bumpus, ce dernier procédé fut aussi employé par Young et Halloch.

La voie supra-pubienne fut empruntée par la plupart des auteurs, c'est elle qu'utilisa M. Gouverneur dans les deux cas qu'il rencontra et il termina toujours son opération par une cautérisation des parois kystiques par le nitrate d'argent.

Cette voie fut utilisée par Buckhardt, Abbe, Castano, Duvergy, André, Margold, Meleu, Graves, Lazarus, mais il est à noter que dans tous les cas, la tumeur était visible par la vessie. Dans d'autres cas, la tumeur est plus abordable par la voie périnéale, ce qui explique que certains auteurs, en particulier Reichel, Liebi, Papin et Roberts, l'aient empruntée. Dans ces cas, on fait une incision périnéale pré-rectale, qui conduit à l'espace décollable et expose la prostate et permet de disséquer en plein parenchyme prostatique, le kyste qui peut être ainsi extirpé sans être rompu. Pour les indications de ces deux voies d'accès, on se fondera sur les renseignements que donnent les divers examens déterminant le siège et le volume du kyste. Il est intéressant de noter du point de vue pratique, que la guérison totale n'est possible que si la paroi du kyste est enlevée ou détruite complètement ; quant à la guérison symptomatique, elle suit l'évacuation du contenu du kyste. Il va sans dire que si on trouve un kyste coïncident avec un adénome péri-urétral, on l'enlèverait par voie transvésicale en même temps que l'adénome.

Chaque cas de kyste suivi de complications a des indications opératoires déterminées par la nature de cette complication.

CONCLUSION

1° En mettant à part les kystes glandulaires du petit volume, les mille kystes, les kystes de la prostate sont des formations bien rares.

2° *Symptomatologie* : troubles dysuriques rappelant singulièrement l'adénome de la prostate, et dont l'évolution vers la rétention plus ou moins complète, est en relation directe avec l'origine, le volume et le siège du kyste.

Le T. R. montre une tuméfaction rénitente du fluctuant, très limitée, sans prolongement vers les vésicules séminales, arrondie, à évolution lente.

Le diagnostic peut être soupçonné par l'âge plus jeune du malade, l'évolution lente, la limitation de la tumeur et les signes fournis par l'uréthro-cystoscopie.

3° *Pathogénie variée* : Kystes congénitaux : reliquats embryonnaires des canaux de Wolff et Muller.

Kystes glandulaires ou acquis les plus nombreux consécutifs à l'oblitération d'un accini ou d'un groupe d'accinis. C'est la théorie classique.

Probablement : dégénérescence kystique, comme cela se voit dans d'autres organes glandulaires, ce qui expliquerait de temps à autre les gros kystes.

4° *Anatomie pathologique* : la structure de la paroi du kyste histologiquement est de même nature que celle de l'organe qui a présidé à sa formation.

5° *Pronostic et traitement* : les kystes de la prostate guérissent exceptionnellement s'ils sont livrés à eux-mêmes, leur diagnostic impose toujours une intervention rapide, en raison des troubles graves qu'ils sont susceptibles de provoquer et de la dégénérescence maligne qui peut venir assombrir leur pronostic.

6° *Traitement* : Ablation. La poche ne peut être enlevée en règle. Dissection et cautérisation au nitrate d'argent. Voies d'abord :

a) périnéale ;

b) sus-pubienne — jour excellent et si adénome, ablation : si multanée. — Cette voie nous paraît la meilleure.

Vu

Le Doyen
A. BAUDOUIN

Vu

Le Président
BROCQ

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur
GILBERT GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ABBE, 1900 Cyst of the prostate producing retention of urine
annales of surgery, T. XXXI, p. 762.
- ANDRÉ, 1927 Un cas de kyste de la prostate. J. d'Urologie, jan-
vier 1927.
- BARADULIN, 1916 Russ Wratsch, Cah. 27.
- D. S. BARRINGER, 1935 Papillary intracystic adenocarcinoma of prostate and
massive benign prostatic cyst. Ann. J. Surg. 1933
April, T. 701, pp. 51-53.
- BERAUD, 1857 Thèse.
- BURCKHARDT et SOCIN, 1902 Z. Klinih V. Prost. Kran-hauger. Wiener und Vosch
N° 52.
- CASTANO 1917-18-32 H. Hématique de la prostate.
J. Ur. T. VII N° I, p. 65.
- S. CERQUA Prostata kyste surch bicharzia Verusacht (Arch.
Schiffin. Tröpenh T. P. 34 P. 58-61. pp
- CHLOZOFF, 1909 Maladies et lésions de la prostate.
- DESNOS, 188 Bull. Soc. Hist. p. 172. Grands kystès de la prostate.
- DUVERGEY, 1921 Un cas de kyste de la prostate (Gaz. heb. de S. Med.
Bordeaux XLII, p. 543.
- J. L. EMMETT ET Cysts of prostate gland J. Urol. 236-249. Sep. 1936
W. F. BRAASCH
- ENGLISH, 1873 Uber der Vener des sisus proculaires. Jarhib. Gen.
d. Artz Wien.
- GOULARD, 1920 Les kystes de la prostate. Thèse de Paris. Olier Henri
Éditeurs.
- R. C. GRAVES et Cyst of prostate. New England J. Med. 209
C. J. KICHAM, 1933 367-368.
- L. A. HALLOCH, 1931 Large hemorrhagic cyst of prostate gland. Am. J.
Cancer supp. 152-2 331.
- G. G. HAMLER, 1931 Retention of urine due to cyst of prostate (J. A.
M. A.) 97, 1 384 nov. 1931.
- N. HORTOLOMEI et Kyste volumineux de la prostate, 1936. Revista
M. COJAN Romana de urologie fev. 1936.
- E. L. KEYES, 1925 Cases of retention of urine due to posterior urethral
valve and cyst of prostate. J. Urol. 13, 553.
- JORNEFELD, 1897 Wiens med. Wosch n° 52.
- LACHOWSKY, 1903 Sur les altérations de la prostate chez les enfants.
Diss. Russe 1903.

- LAZARUS, 1936 Retention cysts of prostate gland ; report of interesting case (Urol et cuatn. rev. 40, 178-181).
- LE DENTU, 1881 Kyste de la prostate. Traité des maladies des voies urinaires, T. II, p. 129.
- LEGUEU, 1910 Traité chirg. D'urologie Vol. II.
- LEGUER et VERLIAC, 1910 Des kystes de la prostate. Presse Médicale, Paris 1910, XVIII, 150-152.
- LE DENTU, 1881 Kystes de la prostate in Voillemin et Le Dentu, Traité des maladies des voies urinaires. T. I, p. 129.
- LIEBL, 1908 Ub. Retrov. med. retro pr ot. cyst. Deutsche Zeitsch. f. Chirg. Vol. XCIV, p. 16-45.
- MARGOLD, 1932 Cyst of the prostate Amer. J. Surg.
- MARION, 1942 Traité d'Urologie, T. II.
- MELEN, 1932 Multilocular cyst of prostate (J. Urol. 27 343-348.).
- MICHAILOW, 1908 Cysta vesiculæ prostaticæ Zur. Frage Über die Zyst. der. Harn. Folio Urologica Fev. 1908, p. 546.
- MORGANI The seats and causes of Disease.
- PAPIN et VERLIAC, 1926 Kyste de la prostate. J. Urol 23 52-54, Janvier.
- PLANTY, MAUXION, Thèse, 1878.
- PLACITELLI, 1938 Kystes ecchynococciques de la prostate. Arch. ital. d. Urologica, T. XV, f. v.
- F. W. ROBERTS, 1928 Cyst of fprostate gland with congenital absence of right kidney (Am. Surg. 221-222.).
- SPRINGER, 1898 Zyst aus d. utric. Prost. Z. fur. heilhunde T. XIX, p. 458.
- E. SSEMENJAKO, 1930 Ein Fall von cyst der Vorstekerdrüse Zt. f. Urol. 196-199, 1930.
- VALERIO AMERICO Kyste suppuré de l'utricule prostatique ayant déterminé un syndrome de péritonite généralisé (Bull. Soc. des Chir. de Paris, N° 11, Séance du 19 juin 1936).
- WEGELIN Sur un lymphome de la prostate Klin. Woch, Wien II pp. 1 236-37.
- WESSON MILEY, 1925 J. of. Urol. N° 6.
- WOSHERENSKY, 1924 Urologie.

